



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Riesgo de suicidio y su asociación con la sintomatología ansiosa y depresiva en
pacientes hospitalizados en urgencias médicas: un estudio analítico observacional**

TESIS

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

Justo Santiago Noemi

Correo electrónico: noejussan@gmail.com

Director: Dr. Edgar Landa Ramírez

Revisor: Dr. José Alfredo Contreras Valdez

Sinodales:

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Dra. Angélica Juárez Loya

Dr. Carlos Omar Sánchez Xicotencatl



Ciudad de México, 2022.



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

A la UNAM, porque me permitió crecer tanto personalmente como profesionalmente. Además, me permitió conocer a grandes personas que me inspiraron desde mi estancia en la preparatoria hasta culminar la carrera.

Al Dr. Edgar Landa Ramírez, por ser una guía, por tenerme mucha paciencia y ayudarme a trabajar en mis objetivos, así como en mis áreas de oportunidad.

Al Dr. José Alfredo Contreras Valdez, a Dra. Mariana Gutiérrez Lara, la Dra. Angélica Juárez Loya, y al Dr. Carlos Omar Sánchez Xicotencatl por haberme ayudado a mejorar y aprender en este proceso, fueron una pieza clave en este proyecto.

Al Mtro. Austreberto Mondragón y Bolaños por su vocación de enseñanza, por compartir sus vivencias y por su esfuerzo por transmitir la importancia de la estadística aplicada a la psicología.

A mis padres, Elena Santiago y Juan Justo, por todo el esfuerzo y apoyo constante que sin duda me ha impulsado durante todo este tiempo y lo seguirá siendo, así como a mis hermanos, Berenice y Daniel, porque sus palabras de aliento, más de una vez, me levantaron en tiempos difíciles y, sin duda, me han ayudado a seguir persiguiendo mis sueños.

A Dulce E. Chino P., J. Alberto Peña G, Dulce M. Ibarra A. y J. Antonio López G. por su amistad sincera, por aquellos momentos divertidos, así como por aquellos donde podía encontrar consuelo en sus palabras y acciones. Es una fortuna coincidir con ustedes.

Al equipo de psicología de urgencias, tanto a las generaciones anteriores como las actuales, por todos aquellos momentos llenos de alegría, por todo su apoyo, conocimiento y escucha durante estos años. Espero coincidir con ustedes en algún momento y seguir compartiendo momentos inolvidables.

índice

Contenido

Catálogo de Tablas y Figuras.....	4
Resumen	5
Abstract	6
CAPÍTULO 1. Transición epidemiológica y Psicología Clínica y de la Salud.....	7
Introducción	7
CAPÍTULO 2. Sintomatología Depresiva, Ansiosa y Riesgo de Suicidio en el Paciente Usuario de Urgencias Médicas	13
Método	33
Diseño	33
Muestreo y Participantes	33
Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	34
Medición	36
Definición de Variables.....	36
Instrumentos de Evaluación.	37
Procedimiento	40
Análisis de Datos.....	41
Resultados.....	43
Diferencias entre Mujeres y Hombres con Respecto a las Variables Depresión, Ansiedad y Riesgo de Suicidio.....	46
Otras Diferencias.....	48
Correlación entre las Variables “Sintomatología Depresiva”, “Sintomatología Ansiosa” y “Riesgo de Suicidio”	52
Autocuidado	53
Características de la hospitalización.....	53
Discusión	56
Conclusiones	63
Referencias	68
Anexos.....	85
Anexo 1. Evaluación Psicológica.....	85
Anexo 2. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).....	88
Anexo 3. Subescala riesgo de suicidio de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.....	89

Anexo 4. Consentimiento Informado para el paciente usuario de urgencias médicas	90
---	----

Catálogo de Tablas y Figuras

Tabla 1. Artículos revisados en la búsqueda de la literatura	23
Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra	35
Tabla 3. Diferencias entre Hombres y Mujeres respecto a la Sintomatología Depresiva.....	46
Tabla 4. Diferencias entre Hombres, Mujeres con Relación a la Sintomatología Ansiosa.....	47
Tabla 5. Diferencias entre Hombres y Mujeres respecto al Riesgo de suicidio.	47
Tabla 6. Diferencia entre Divorcio y Sintomatología Ansiosa.....	48
Tabla 7. Diferencia entre un Problema Legal y la Sintomatología Ansiosa	49
Tabla 8. Diferencia entre una Situación Familiar y la Sintomatología Ansiosa.....	49
Tabla 9. Diferencia entre Cambios Laborales y Sintomatología Ansiosa.....	50
Tabla 10. Diferencia entre Otra Situación Estresante y la Sintomatología Depresiva	51
Tabla 11. Diferencia entre Otra situación Estresante y la Sintomatología Ansiosa	51
Tabla 12. Diferencia entre Otra situación Estresante y el Riesgo de Suicidio	52
Tabla 13. Correlaciones de Spearman.....	53
Tabla 14. Reingresos hospitalarios de la muestra.....	54
Tabla 15. Diagnósticos de la muestra	54
Figura 1. Graficas de Normalidad de las variables depresión, ansiedad y riesgo de suicidio.....	44
Figura 2. Frecuencia de casos Positivos y Negativos de Depresión y Ansiedad.....	45
Figura 3. Frecuencia de los Casos con y sin Riesgo de Suicidio y Riesgo de Suicidio Leve, Moderado y Alto	46

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo identificar, describir y discutir la asociación entre el riesgo de suicidio y la sintomatología depresiva y ansiosa en usuarios de urgencias médicas de un hospital general en la Ciudad de México, así como entre variables sociodemográficas y estresores en el último año. Se llevó a cabo un estudio prospectivo, no experimental con enfoque transversal y alcance correlacional. Se analizaron un total de 225 evaluaciones psicológicas del paciente usuario del área de Urgencias Médicas, de las cuales se obtuvieron los datos de la encuesta de datos sociodemográficos, la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospitales (HADS) y la subescala de riesgo de suicidio de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Con base en los puntos de corte, los resultados de la HADS mostraron que 53.78% tenían sintomatología depresiva y 50.22% ansiosa, mientras que la MINI mostró un 9.77% de riesgo de suicidio alto y moderado importante, y 22.67% de riesgo de suicidio leve. Además, una correlación positiva entre las variables ansiedad y depresión ($\rho = 0.63$, $p < 0.0001$), entre riesgo de suicidio y ansiedad ($\rho = 0.43$, $p < 0.0001$) y entre riesgo de suicidio y depresión ($\rho = 0.38$, $p < 0.0001$). No se encontraron diferencias entre las variables y datos sociodemográficos, pero sí con eventos estresantes de la vida. Los datos anteriores son ligeramente superiores a lo reportado por la literatura internacional y nacional, lo que indica que estas condiciones son muy comunes en población atendida en urgencias médicas. Se concluye que las asociaciones son débiles y por lo tanto se recomienda seguir haciendo evaluaciones futuras con el propósito de contribuir a la investigación de la psicología basada en evidencia.

Palabras clave: Sintomatología Ansiosa, Sintomatología Depresiva, Riesgo de Suicidio, Departamento de Emergencias, Correlaciones Positivas.

Abstract

The present study aimed to identify, describe and discuss the association between suicide risk and depressive and anxious symptomatology in users of an emergency department in a general hospital in Mexico City, as well as between sociodemographic variables and stressors in the last year. A prospective, non-experimental study with a cross-sectional approach and correlational scope was carried out. A total of 225 psychological evaluations of the patient user of the Medical Emergency area were analyzed, from which the data of the sociodemographic data survey, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the suicide risk subscale of the MINI International Neuropsychiatric Interview were obtained. Based on the cut-off points, the results of the HADS showed that 53.78% had depressive symptomatology and 50.22% anxious, while the MINI showed a 9.77% risk of high and moderate suicide and 22.67% mild risk of suicide. In addition, a positive correlation between the anxiety and depression variables ($\rho = 0.63$, $p < 0.0001$), between risk of suicide and anxiety ($\rho = 0.43$, $p < 0.0001$) and between risk of suicide and depression ($\rho = 0.38$, $p < 0.0001$). No differences were found between the variables and sociodemographic data, but there were differences with stressful life events. The above data is slightly higher than that reported by the international and national literature, which indicates that these conditions are very common in the population attended in medical emergencies. It is concluded that the associations are weak and therefore it is recommended to continue making future evaluations.

Keywords: Anxious Symptomatology, Depressive Symptomatology, Risk of Suicide, Emergency Department, Positive Correlations.

CAPÍTULO 1. Transición epidemiológica y Psicología Clínica y de la Salud

Introducción

Desde hace aproximadamente unos 15 mil años y hasta nuestra actualidad, ha acontecido un proceso de cambio dinámico a largo plazo en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y la mortalidad de la población, es decir, una evolución en los patrones de salud y enfermedad. Omran (1971) propuso la teoría de la transición epidemiológica, a través de la cual, aborda y genera explicaciones sobre diversas variables (especialmente mortalidad y natalidad) y su impacto en los patrones de salud y enfermedad. Es así como, en épocas antiguas aconteció la primera de ellas, la cual se caracterizó por una elevada mortalidad, con una esperanza de vida baja y variable al nacer y una gran susceptibilidad en mujeres jóvenes, en edad reproductiva, debido a la desnutrición, enfermedades infecciosas y problemas perinatales. Posteriormente, en la segunda etapa, las tasas de mortalidad y las enfermedades infecciosas disminuyeron, con lo cual el riesgo de muerte infantil decrementó y la esperanza de vida en la población adulta aumentó de los 20-40 años a los 30-50 años, dando lugar a una población longeva, y con ello, a que las pandemias de infección fueran desplazadas por las enfermedades degenerativas y provocadas por el hombre.

De igual manera, Armelagos et al. (2005) retoman lo anterior, y explican que, durante la era paleolítica, eran mínimas las enfermedades transmisibles, debido al pequeño tamaño de la población y a su naturaleza nómada; sin embargo, era común encontrar entre los cazadores-recolectores patógenos heredados y enfermedades zoonóticas. Además, algo importante por mencionar es que aún en esta época había igualdad de oportunidades y se carecía de la estructura de clases, que poco después, entre las transiciones epidemiológicas, contribuyera a una gran brecha de desigualdad entre ricos y pobres con respecto a la enfermedad. Por otra parte, explica una tercera transición, la cual se ha caracterizado por el resurgimiento de las enfermedades

infecciosas, que se creía que estaban bajo control, así como la aparición de nuevas enfermedades. Lo anterior se puede ver reflejado, por ejemplo, en la actual pandemia de la COVID 19 en 2020. Asimismo, Zuckerman et al. (2014) mencionan dos etapas más, la etapa de las enfermedades degenerativas tardías hacia la población de la tercera edad y una quinta, donde el VIH-SIDA abarca una importante morbilidad y mortalidad. Además, mencionan que la obesidad, así como la falta de actividad alteran el curso de las enfermedades crónico no transmisibles.

Por su parte, en México el proceso de transición epidemiológica tuvo dos etapas y se caracterizó por la presencia de una mezcla de enfermedades infecciosas y de enfermedades crónicas-degenerativas, que persistieron por mucho tiempo durante un mismo período; y por la diferencia entre las áreas rurales y urbanas del país, ya que es común que las regiones de alto nivel socioeconómico se encuentren al término de la primera etapa, mientras que en las regiones más pobres, siguen con una alta mortalidad, una elevada fecundidad y una baja esperanza de vida, que caracteriza a la primera etapa, donde la mortalidad es ocasionada por las infecciones respiratorias agudas, afecciones perinatales, infecciones gastrointestinales y desnutrición. La segunda etapa comenzó en el siglo XX (1950) con un descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas y transmisibles, y para 1993, aumentaron las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes (Arredondo et al., 2003). Cabe resaltar que, mientras las enfermedades infecciosas dominaban el panorama mundial de morbilidad y mortalidad, era entendible que la salud estuviera definida como una ausencia de enfermedad; sin embargo, no pudo ser igual al intentar cubrir las nuevas necesidades de los pacientes ante el surgimiento de las enfermedades crónico-degenerativas, ya que durante décadas el modelo biomédico,

desde su visión reduccionista, consideraba que solo se podían explicar los fenómenos conductuales de la enfermedad a través de términos físico-químicos; y que, en caso que lo anterior no se cumpliera, debían ser excluidos de la categoría de enfermedad. Es así como, era imposible identificar los principales criterios de la enfermedad desde un marco conductual, psicológico y social, debido a que solo se daba prioridad a los factores biológicos, y no se evaluaban todos los factores que contribuyen a la enfermedad, por ejemplo, reconocer las condiciones de vida que suelen influir en la aparición, la gravedad y el curso de la enfermedad, es decir, a la experiencia humana de la enfermedad (Engel, 1977). Ante tal necesidad y con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud como antecedente (OMS, 1948), Engel (1977) planteó un modelo biopsicosocial que explica por qué algunos individuos experimentan como “enfermedad” condiciones que otros consideran como “problemas de vida”, ya sean reacciones emocionales a las circunstancias de la vida o síntomas somáticos.

Con los años se continuó reafirmando el cambio de la definición de salud, tal como sucedió un año después en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (OMS, 1978), y recientemente, en la declaración de Astaná donde reafirmaron los compromisos expresados en la declaración de Alma-ata de 1978 (OMS, 2018). Toda esta regulación internacional sobre la definición de salud y la aportación de Engel permitieron que se diera otra de las aportaciones hacia el campo de la psicología, entre 1969 – 1977, en la que se buscó que los psicólogos pudieran contribuir en la investigación y atención sanitaria, por ejemplo, con la aplicación de los conceptos psicológicos, la medición y la metodología, y con ello facilitar la comunicación y la difusión de información entre colegas, así como aumentar y mejorar la aplicación de los conocimientos y principios psicológicos a las fases de investigación y a la atención sanitaria. Lo anterior contribuyó a la creación de una nueva división de Psicología de la

Salud dentro de la Asociación Americana de Psicología (APA), que fue aprobada por el Consejo de la APA a finales de agosto de 1978, y que posteriormente se le conociera como División 38, cuyos propósitos eran promover las contribuciones de la psicología como disciplina a la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica; psicoeducar e informar a los colegas, al personal de salud, y al público en general, sobre los resultados de las actividades actuales de investigación y servicio en el área de la salud (Wallston, 1996).

Años más tarde, durante una reunión en el 2005 el consejo de representantes de la APA (por sus siglas en inglés) aprobó la declaración sobre una política que define, y afirma la importancia y la utilidad clínica, así como los principios de la práctica psicológica basada en la evidencia. Al respecto, la División XII definió a la práctica basada en la evidencia en psicología como la integración de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente. Su propósito fue promover la práctica efectiva y mejorar la salud pública mediante la aplicación de principios empíricamente respaldados de evaluación, formulación de casos, relación terapéutica e intervención psicológica. Desde entonces, las diversas aportaciones de la Psicología han aumentado a nivel clínico y de investigación hacia las enfermedades crónico- degenerativas, por ejemplo, en el manejo de la diabetes (Hunter, 2016), en la atención a los pacientes con cáncer como es el apoyo psicológico y social, la investigación psicosocial y formación sobre los aspectos psicosociales de la enfermedad avanzada y terminal (Holland, 2018), en el tratamiento de la sintomatología depresiva y ansiosa en las enfermedades cardiovasculares (Reavell et al., 2018), así como en el acompañamiento, las técnicas de relajación y la psicoeducación

para intervenir en momentos de crisis, como la emergencia sanitaria de COVID-19, en la que aumentó la demanda de atención en la salud mental Instituto Mexicano del Servicio Social (IMSS, 2021).

A pesar de todo el esfuerzo, se ha encontrado que lo anterior no ha sucedido, en su totalidad, en el contexto de los departamentos de urgencias, lo anterior quizás debido a la falta de un programa psicológico en el campo, sustentado con la definición de salud establecida por la OMS y el modelo biopsicosocial (Landa- Ramírez y Murillo-Cruz, 2019), el cual es importante establecer para una mejor atención en el servicio de urgencias, especialmente en la vigilancia de la salud mental (Freeman et al., 2010). Ya que es común que las consultas, el uso frecuente del servicio de urgencias y hospitalización estén relacionadas con problemas de salud mental, como estrés, intento de suicidio, ansiedad y depresión (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), 2013; Gentil et al., 2021; Wang et al., 2017), así como con una alta probabilidad que los pacientes perciban la hospitalización como una situación muy estresante, y que esto pueda asociarse con estados de ánimo como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión y frustración (Huang et al., 2019). Además, dentro de este mismo contexto existe la probabilidad de un estado de tensión y vulnerabilidad en los cuidadores informales del paciente (Esquivel et al., 2007) así como una alta probabilidad de desarrollar burnout, depresión, ansiedad, desesperanza e intento de suicidio, en el personal sanitario que labora ahí (García-Campayo et al., 2016; González-Cabrera et al., 2018)

Por esta razón, en México, desde 2015, han comenzado un arduo trabajo tras encontrar la evidencia de estas necesidades en los pacientes, los cuidadores informales y el personal de salud del área de urgencias en el ámbito hospitalario, y que, tras ello, han propuesto y sustentado conceptual y empíricamente, reconocer e integrar a la disciplina de psicología en la medicina de

urgencias, a nivel clínico y de investigación. Sin embargo, aún existen ciertos retos, tales como la creación de nuevos estudios, que contribuyan a la investigación de la psicología basada en evidencia (Landa- Ramírez y Murillo-Cruz, 2019).

Todo lo anterior contribuye y da cabida al siguiente proyecto de investigación, que pretende seguir aportando conocimiento al área, así como contribuir en la evaluación y evidencia para que se continúe considerando a los factores psicológicos en la atención médica urgente en otros espacios, tanto a nivel nacional como global.

CAPÍTULO 2. Sintomatología Depresiva, Ansiosa y Riesgo de Suicidio en el Paciente

Usuario de Urgencias Médicas

La medicina de emergencias es la especialidad dedicada a la evaluación inicial, el diagnóstico, el tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas, la coordinación de la atención entre múltiples médicos o recursos de la comunidad, y la disposición de cualquier paciente que requiera atención médica, quirúrgica o psiquiátrica urgente (American College of Emergency Physicians, 2021). Ofrece herramientas de prevención primaria de enfermedades; intervenciones para abordar el abuso de sustancias y la violencia interpersonal; educación sobre prácticas de seguridad; vigilancia epidemiológica; inscripción de pacientes en ensayos de investigación clínica centrado en intervenciones agudas; educación y formación clínica de profesionales sanitarios; y participación en respuestas comunitarias y regionales a desastres naturales y provocados por el hombre (Anderson et al., 2006).

Por su parte, el triaje es una de las múltiples formas de evaluación y clasificación rápida en el servicio de urgencias que permite remitir a los pacientes que requieren atención inmediata a un cuidado más apropiado o aplazar este a un momento posterior, en función de sus necesidades físicas, psicológicas y sociales, es decir, de su urgencia, emergencia y gravedad (Gilboy et al., 1999). Cabe resaltar que no todos los pacientes que acuden a los servicios de urgencias requieren el mismo nivel de tratamiento, por ello se utiliza una escala de tres a cinco niveles, que va desde el nivel uno (reanimación), nivel dos (emergencia), nivel tres (urgente), nivel cuatro (menos o semi urgente), hasta el nivel cinco (no urgente), esto con el fin de que el paciente reciba el nivel y la calidad de atención adecuados a su necesidad clínica (Bullard et al., 2008; FitzGerald et al., 2010; Kuriyama et al., 2017). Según Greenwood-Ericksen et al. (2019) las tasas de visitas al servicio de urgencias rurales de los Estados Unidos entre 2005 - 2016, incrementaron en más del

50%, de 36.5 a 64.5 por 100 personas mientras que en urgencias médicas urbanas en general estuvieron a un ritmo más lento, de 40.2 a 42.8 visitas por cada 100 personas. Es decir que los servicios de urgencias atendieron a una mayor proporción de población de zonas/comunidades rurales. Asimismo, durante el 2014 en los Estados Unidos, las visitas de salud mental y abuso de sustancias (mayoritariamente trastornos relacionados con el alcohol) representaron la segunda razón más común para la visita al servicio de urgencias solo por detrás “problemas abdominales” como dolor abdominal, náuseas o diagnósticos quirúrgicos (Hooker et al., 2019).

A nivel nacional, en la Ciudad de México (CDMX) durante septiembre de 2017 a septiembre de 2018 se atendieron a 657 mil 127 pacientes en los servicios de urgencias, siendo, los traumatismos, causas obstétricas directas, infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales, diabetes mellitus, enfermedades del corazón, colelitiasis, colecistitis, bronquitis crónica, enfisema, síndrome del colon irritable y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, los motivos principales de atención (Secretaria de Salud de la CDMX, 2018). Mientras que entre el 23 de marzo y el 09 de julio de 2020, se otorgaron un total de 99 mil 205 atenciones en los distintos Servicios de Urgencias de los hospitales generales, de los cuales 20 mil 963 se deben a padecimientos traumáticos (López, 2020). Entre agosto de 2020 y julio 2021, se proporcionaron 404 mil 518 consultas de urgencia, de ellas 75, 537 fueron por Covid-19. Cabe resaltar que durante estos últimos años los departamentos de urgencias médicas tuvieron que reorganizar sus servicios para atender la demanda por Covid-19 y mantener, la respuesta a las demandas habituales de atención como urgencias metabólicas, traumatológicas, cirugías generales de urgencia y atención de partos, entre otras (López,

2021).

Respecto a la afectación a nivel físico mientras se está hospitalizado, Liu et al. (2009) mencionaron que los pacientes mayores (35.9% ; > 50 años) o con más comorbilidades que ingresan al servicio de urgencias tienen más probabilidad de experimentar ciertas complicaciones, tales como: mayor mortalidad en urgencias, aspiración, control subóptimo de la presión arterial (presión arterial sistólica mayor a 160 milímetros de mercurio (mm Hg), presión diastólica mayor de 120 mm Hg), hipotensión (presión arterial sistólica menor de 90 mmHg), hipoxia (oximetría de pulso por debajo del 90% de saturación), arritmia (frecuencia de pulso superior a 140 latidos / minuto o menor de 40 latidos / minuto). Además, los pacientes con traumatismos que acuden al departamento de urgencias que son intubados de forma urgente y su estancia es prolongada, provoca que tengan el riesgo de desarrollar neumonía, que es una enfermedad infecciosa intrahospitalaria común, un estado mórbido y ocasionalmente mortal (Carr et al., 2007). Asimismo existen otras infecciones que los pacientes contraen mientras se encuentran en un entorno de atención médica o después de que reciben el alta, causadas por una variedad de microorganismos que incluyen bacterias, virus u hongos, su carga es varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos y provocan elevados costos para los pacientes y sus familias Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), entre las que se encuentran infecciones de aparato respiratorio, del torrente sanguíneo, urinario y reproductor (Arango et al., 2018). Según Markwart et al. (2020) estas infecciones intrahospitalarias provocan sepsis (48,7%), un síndrome potencialmente mortal asociada con anomalías fisiológicas, patológicas y biológicas causadas por una respuesta desregulada del huésped a las infecciones.

Por otra parte, según la literatura existe un entorno inseguro de alto riesgo de errores médicos que puede comprometer la seguridad del paciente en los servicios de urgencias debido al

hacinamiento, el cual se refiere a un exceso de pacientes con relación a un espacio determinado, como lo es, el departamento de urgencias (Trzeciak & Rivers, 2003). Aún hay evidencia limitada de la causa, pero se ha documentado que el hacinamiento resulta de una atención médica en los pasillos y otras áreas de forma improvisada por un fuerte crecimiento continuo en la demanda de atención que excede los recursos disponibles. Las consecuencias de este problema quizá sean una disminución de la calidad de la atención y malos resultados en los pacientes, ya que aumentan los tiempos de espera, en los que se soporta dolor y ansiedad, disminuye la capacidad para proteger la privacidad física y confidencialidad del paciente. Asimismo, un retraso en el diagnóstico, el tratamiento de afecciones sensibles al tiempo, incluso el aumento de la mortalidad hospitalaria (Moskop et al., 2009; Trzeciak & Rivers, 2003).

Respecto a la afectación en la salud mental, se ha mencionado que algunas personas físicamente enfermas, en un estado grave, tratadas en un entorno de atención médica son más propensas a sufrir ansiedad (47,3% con sintomatología ansiosa; 15,3% ansiedad clínicamente significativa), depresión (69,7% con sintomatología depresiva de leve a moderada; 31,8% con síntomas depresivos clínicamente significativos), así como ideación suicida (25,1%) en comparación a la población no hospitalizada (Huang et al., 2019).

De acuerdo con este mismo autor lo anterior resulta del estrés directo o indirecto por la carga económica que conlleva estar hospitalizado; así como factores sociodemográficos tales como: no estar casados, ingresos anuales y nivel de educación bajos, y estar en el grupo etario de mediana edad, de 45 a 54 años, que suele ser el principal recurso económico que asume la mayor responsabilidad tanto en la familia

como en el lugar de trabajo.

Por otro lado, y de acuerdo con los Centros para el Control y la prevención de enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC) el suicidio forma parte de una clase más amplia de comportamientos denominada violencia autoinfligida, que se entiende como, un comportamiento dirigido hacia uno mismo, cuyo resultado deliberado es la lesión o el potencial de causar una lesión (Crosby et al., 2011). Es así que, al suicidio lo han definido como el acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal; mientras que, al intento suicida como el comportamiento autodirigido potencialmente lesivo no mortal; así como a la ideación suicida como el hecho de tener pensamientos, considerar o planificar sobre el poner fin a la propia vida, estos pueden ser activos, donde existe un plan, o bien, pasivo que se caracteriza por tener solo el deseo de morir, pero no un plan. En muchos de los casos implica una señal o comportamiento que denota la necesidad de movilizar ayuda (OMS, 2010; Turecki et al., 2019).

De acuerdo con la OMS cerca de 800 000 personas mueren por suicidio cada año, es decir, una persona cada 40 segundos, además existen indicios de que por cada adulto que muere por suicidio más de 20 intentaron suicidarse (OMS, 2021). En el 2016 se estimó a nivel mundial, que la tasa global de suicidio estandarizada por edad fue del 10.6 % por cada 100 000 habitantes (OMS, 2018), mientras que la prevalencia en México aumenta año tras año (INEGI, 2021), asimismo la distribución porcentual de las personas fallecidas por suicidio se concentró en el grupo de 30 a 59 años con 46%, le siguió el grupo de 18 a 29 años con 34%, y niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años con 10 %. Sin embargo, los casos por suicidio prevalecen en la población masculina (INEGI, 2020). En 2019 hubo 6,537 suicidios (ambos sexos), la prevalencia de suicidios en hombres fue mayor (5,061), en comparación con las mujeres con 1,476 suicidios

(OMS, 2019). El 4% de hombres y 6 % mujeres, declaró que alguna vez ha pensado en suicidarse. Lo anterior se presentó más en mujeres de 50 a 59 años (8%) mientras que, en población masculina (6%) la idea suicida se presentó mayormente en población de 40 a 49 años (INEGI, 2021)

Asimismo, en el departamento de Urgencias, entre 2010 y 2014, en los Estados Unidos, el suicidio y el intento suicida fueron la razón de visita de más rápido crecimiento (Hooker et al., 2019). Entre las visitas a urgencias en los Estados Unidos atribuidas a conducta suicida, un porcentaje significativamente mayor de adultos mayores (70,6%) fue hospitalizado después de la atención de urgencias, en comparación con los adultos de 20 a 34 años (42,8%). El mecanismo de lesión más común relacionado con la conducta suicida entre todos los grupos de edad fue el envenenamiento y entre los adultos mayores fue el uso de un arma de fuego. El consumo de alcohol en el momento de la lesión fue menos frecuente entre los adultos de ≥ 65 años (15,1%) que entre los adultos de 20-34 años (28,6%) y 25-49 años (34,9%). Al igual que con los grupos de edad más jóvenes, la mayoría de los adultos mayores (73,7%) que acudieron a un servicio de urgencias por lesiones relacionadas con el comportamiento suicida tenían antecedentes de depresión (CDC, 2007). Las principales consecuencias a largo plazo del intento suicida, a nivel individual y familiar van desde las físicas, sociales, así como de salud mental y difieren según el medio que hayan usado y la gravedad del intento. Las consecuencias personales a nivel físico por ahorcamiento son el déficit en el lenguaje expresivo y receptivo, en la capacidad visual constructiva y perceptiva, en la velocidad de procesamiento, en la atención y memoria de trabajo, así como déficits cognitivos post agudos (Zabel et al., 2005). Saltar desde una altura trae como consecuencia múltiples

lesiones físicas en las extremidades, la columna vertebral, la pelvis, cabeza y abdomen, que pueden resultar en problemas de movilidad e independencia permanentes o temporales, así como dificultad para adaptarse a las lesiones (Gore-Jones & O'Callaghan, 2012). Asimismo, en la intoxicación por paracetamol existe la posibilidad de insuficiencia hepática aguda y por consiguiente la necesidad de un trasplante de hígado como única opción para el tratamiento (Kardaş et al., 2017). Además, existen efectos financieros y ocupacionales, tales como gastos financieros elevados debido a, por ejemplo, los ingresos médicos prolongados, largos periodos de hospitalización, procedimientos quirúrgicos extensos y rehabilitación, que, por lo general, tienen los pacientes que intentan suicidarse saltando desde una altura (Gore-Jones & O'Callaghan, 2012). Asimismo, la pérdida de trabajo a lo largo de la vida, los salarios perdidos debido al tiempo de ausencia del trabajo mientras se recuperan de la lesión, y la pérdida de ingresos en la que se incurre por las lesiones que conducen a la discapacidad permanente (Florence et al., 2015). Así como se ha documentado que las consecuencias emocionales inmediatamente después del intento suicida fueron haberse sentido culpables, enojados, y con ira (Chapman & Dixon-Gordon, 2007). Por su parte, se ha documentado que las consecuencias en las familias de personas que fallecieron por suicidio son la posibilidad de tener cambios negativos en sus relaciones interpersonales debido a la incomodidad social al hablar de suicidio, al aislamiento, al estigma percibido, a la vergüenza, a la falta de apoyo y comprensión, así como a la sobreprotección e hipervigilancia de signos de depresión o tendencias suicidas debido al miedo a nuevas pérdidas (Azorina et al., 2019).

Con respecto a los factores de riesgo en el suicidio y el comportamiento suicida no fatal (intento suicida) se encuentran los factores clínicos como los trastornos mentales individuales, tales como los trastornos de ansiedad (pánico, ansiedad generalizada, fobias, estrés

postraumático [TEPT]), trastornos del estado de ánimo (depresivo mayor, distímico, bipolar, y los del control de los impulsos (oposicionista- desafiante), trastornos de alimentación, y trastornos por uso de sustancias (abuso o la dependencia del alcohol y las drogas ilícitas), ya que aumentan las posibilidades de que un individuo piense o bien, que ya con ideas suicidas actúe sobre tales pensamientos (Arias et al., 2016; Kim et al., 2020). Asimismo, encontraron que los intentos de suicidio no planificados e impulsivos pueden estar influenciados por eventos estresantes de la vida recientes, como la pérdida financiera y la enfermedad física grave; por el TEPT y el control deficiente de los impulsos como el trastorno bipolar, y por el uso de sustancias (Nock et al., 2009).

En sobrevivientes de intento de suicidio grave, encontraron que el dolor mental como las experiencias de depresión, ansiedad, desesperanza y angustia; las dificultades de comunicación; la impulsividad en la toma de decisiones y la agresión fueron factores de riesgo psicológico que conducen al intento de suicidio (Gvion & Levi-Belz, 2018). Además, es posible que los siguientes factores, también se asocien con futuros intentos de suicidio, como las autolesiones previas, tener dificultad para dormir, y los rasgos de personalidad como la introversión que podría estar explicada bajo la posibilidad de que estas personas pueden estar más desconectadas socialmente (Mars et al., 2019). Con respecto a los intentos de suicidio previos, se ha documentado que las personas, de todas las edades, que tienen pensamientos y comportamientos autolesivos previos tendrán más del doble de riesgo de realizar un intento de suicidio o de morir por suicidio (Ribeiro et al., 2016) principalmente los adolescentes o adultos jóvenes (Castellví et al., 2017).

Según Salman et al. (2014) en urgencias médicas los factores predictivos más importantes de suicidio e intento suicida entre pacientes de $23,3 \pm 10,2$ años fueron: la depresión, principalmente los elementos de no suicidio en la escala de depresión de

Hamilton; trastorno de ansiedad; desesperanza; edad más joven; antecedentes de autolesiones no suicidas; disfunción familiar y sexo femenino, así como entre niños y adolescentes, de entre 15.1 ± 1.7 años, fueron el ser niñas, el divorcio de los padres, y un diagnóstico de trastornos del estado de ánimo, tales como trastorno bipolar o depresivo. Además, entre otros factores asociados con el riesgo futuro de suicidio entre pacientes adultos que ingresaron a urgencias estaba el nivel de educación, secundaria o menos; antecedentes de autolesión no suicida (intento de suicidio); ideación suicida con o sin un plan; abuso actual de alcohol e informes de una visita al servicio de urgencias médicas en los últimos seis meses (Arias et al., 2016).

Como se ha descrito anteriormente, la ansiedad y la depresión fueron los principales factores desencadenantes en pacientes que intentaron suicidarse y llegaron al servicio de urgencias médicas. Por ello, en el mes de julio de 2021, se hizo una búsqueda sin restricción de tiempo, en las bases de datos como Cochrane Review, Medline/Pubmed, PsycInfo (vía OVID), Cinahl (vía OVID) y Lilacs, con los siguientes términos naturales e indexados, así como su combinación con los comandos booleanos (AND y OR): emergency services, Emergency Medical Services, Emergency Service, Hospital; Emergency Services, Hospital; Emergency Hospital Service; Service, Emergency Hospital; Emergency, Hospital Service; Hospital Emergency Service; Units, Emergency; Emergency Wards; Department, Emergency; Emergency Rooms; Emergency Outpatient Units; Units, Emergency Outpatient, así como suicide attempt, Acute suicidal risk, y Mexico. Además, se revisaron los artículos citados en los artículos encontrados. Sin embargo, no se encontró ningún artículo de interés para reportarlo.

A continuación, se mencionarán solo los estudios (véase tabla 1) que cumplieron con los criterios de búsqueda, el más reciente de Rangel-Malo et al. (2020) realizado en la Ciudad de México y que tuvo como objetivo explorar las diferencias dentro de la gravedad de la depresión,

el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión y riesgo de suicidio en comparación con pacientes sin riesgo de suicidio. El estudio se llevó a cabo dentro de urgencias médicas psiquiátricas a través de un estudio longitudinal con un seguimiento prospectivo a tres meses. Se entrevistó inicialmente a 120 participantes, mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de calificación de Halmiton, el Cuestionario simplificado de Adherencia a la medicación y la Escala de apoyo social percibido. En los resultados se obtuvieron dos grupos, uno de Episodio Depresivo Mayor (EDM) con riesgo de suicidio, y el otro de su opuesto, de EDM sin riesgo de suicidio. Solo 96 participantes estuvieron en la entrevista de seguimiento. Al respecto en la evaluación inicial el grupo con riesgo de suicidio agudo mostró mayor proporción de episodios depresivos, mayor frecuencia de intentos de suicidio, síntomas depresivos más graves, ideación suicida y menos apoyo social percibido de familiares y amigos en comparación con el grupo sin riesgo de suicidio agudo que acudieron por afecciones no urgentes, como solicitar una consulta, mostrar síntomas depresivos residuales o tener efectos secundarios de la medicación. Después de tres meses, en la fase de seguimiento resultó una mejora de los participantes con riesgo de suicidio en las escalas de depresión y suicidio, esto indica que probablemente, con un tratamiento adecuado, puedan alcanzar un estado de recuperación, a veces incluso mayor que el de los pacientes sin riesgo suicida. Cabe resaltar que las limitaciones de este estudio fueron que no hicieron correlaciones entre las variables, así como una muestra pequeña que no puede ser representativa de toda la población mexicana.

Tabla 1*Artículos revisados en la búsqueda de la literatura*

Autores	Objetivos	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Rangel-Malo et al. 2020)	Contrastar la gravedad de la depresión, la ideación suicida, la adherencia al tratamiento y las escalas de apoyo social percibido.	Estudio longitudinal de 3 meses.	$n= 120$ participantes en evaluación inicial, $n= 60$ con riesgo de suicidio agudo y $n= 60$ sin riesgo de suicidio agudo. $n = 96$ participantes en entrevista de seguimiento, mayor participación en el grupo con riesgo de suicidio ($n = 51$) en comparación con el grupo sin riesgo de suicidio ($n = 45$). Edad promedio de 35.09 años (DE= 12.49) y	Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), versión en español ($\alpha=0.84$), Escala SAD PERSONS ($\alpha=no$ reportado) Escala de Beck para Ideación Suicida ($\alpha=no$ reportado) Inventario de Depresión de Beck (Coeficiente de confiabilidad entre evaluadores = .93) Escala de calificación de Halmiton (coeficiente de confiabilidad =0.88)) Cuestionario simplificado de adherencia a la medicación ($kappa= 0.821, p <$	Entrevista inicial <i>Episodio depresivo Mayor con riesgo de suicidio</i> Mayor frecuencia de episodios depresivos (42.5%), intentos de suicidio (2.39 ± 1.84), síntomas más graves de ideación suicida ($\bar{x} = 20.3, DE= 7.55$) y menos apoyo social percibido de familiares y amigos ($\bar{x} = 6.5, DE= 4.81; \bar{x}=5.95, DE= 3.39$) <i>Episodio Depresivo Mayor sin riesgo de suicidio:</i> Menos episodios depresivos (37.5	Corto periodo de seguimiento, no incluyeron población adolescente y adulta mayor.

el 75% ($N=90$) eran mujeres.	0,001.) Escala de apoyo social percibido ($\alpha=.94$)	%), intentos de suicidio ($1.81 \pm$ 0.94), ideación suicida ($\bar{x}= 2.1$, $DE= 2.08$), y mayor apoyo familiar ($\bar{x}= 8.6$, $DE=4.81$) y social ($\bar{x}= 6.23$, $DE=$ 3.42).
		Fase de seguimiento 5.21% mostraron una nueva conducta suicida.
		Reducción en las puntuaciones promedio ($p <0,0001$) de las escalas de depresión, riesgo de suicidio, impresión clínica global, apoyo percibido y adherencia al tratamiento (aumentó del 52.5% al 73.33% de participantes en el Tx*

Borges et al. (2000)	Establecer la prevalencia de intentos de suicidio e identificar factores relacionados.	Estudio transversal	<p>Muestra final: $N= 1094$ pacientes</p> <p>Pacientes de los servicios ambulatorios: $N= 392$.</p> <p>Pacientes de las unidades de hospitalización: $N= 349$.</p> <p>Pacientes de las salas de urgencias: $N= 353$.</p> <p>Edad: 18 y 65 años.</p> <p>326 hombres y 768 mujeres (68%)</p>	<p>Cuestionario de Salud General (Confiabilidad entre evaluadores = 0.91)</p> <p>Inventario de Depresión de Beck ($\alpha=$ no reportado)</p> <p>Inventario de desesperanza de Beck ($\alpha=$ no reportado)</p> <p>Frecuencia de intentos de suicidio y período de tiempo del intento (durante los últimos seis meses, durante y antes del último año) ($\alpha=$ no reportado)</p> <p>Consumo de alcohol ($\alpha=$ no reportado):</p> <p>Indicadores de problemas relacionados con el alcohol</p>	<p>farmacológico).</p> <p>Prevalencia del 6.1 % de intentos de suicidio a lo largo de la vida ($n= 66$); prevalencia de intentos de suicidio de 6. 4% pacientes ambulatorios, 4% pacientes hospitalizados y 7.7 % en pacientes de urgencias</p> <p>Asociación entre el intento de suicidio a lo largo de la vida y el estado civil: divorciado (RO**= 6.05; IC 95%, [2.71-13.48]); viudo (3.30; IC 95% = 1.0-10.89); asociación con la edad de 18-29 (RO= 1.0); con el estado de ánimo deprimido (RO=1.07; IC</p>	Muestra pequeña, solo 353 pacientes de las salas de urgencias.
-----------------------------	--	---------------------	--	--	--	--

(consecuencias sociales y dependencia del alcohol).
 Variables sociodemográficas: sexo, edad, educación, empleo y estado civil
 95% = 1.02-1.11), la desesperanza (RO= 1.12 ; IC 95% = 1.01-1.25); y el consumo de alcohol frecuente y en alta cantidad (RO= 3.29; IC 95% = 1.08-10.05)

Castilla-Puentes et al. (2008)	Estimar la prevalencia del trastorno depresivo mayor y los correlatos asociados en países latinoamericanos	Estudio transversal Multicéntrico en hospitales universitarios, urbanos y privados, de México, Argentina, Colombia, Chile y Brasil	<i>N</i> = 1835 pacientes elegibles, <i>N</i> = 1523 entrevistados y <i>N</i> = 1505 con evaluación completa. Entre estos <i>N</i> = 451 pacientes en Urgencias Médicas, <i>N</i> =72 Mexicanos (promedio 23 %; 95 % IC***, [19,32 %]. 106 pacientes de Chile (35 %; 95 % IC, [29–37 %]), 105 de	Características sociodemográficas Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. (α = 0.85) Evaluación psiquiátrica basada en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV)	Prevalencia del 30 % de sintomatología depresiva en los servicios de urgencias de países latinoamericanos. Mayor proporción de sintomatología depresiva en problemas de salud autoinformados como ansiedad (60.9%, $P<0.001$), presión arterial alta (35.5%, $P=0.12$);	Exclusión de pacientes provoca una subestimación de la prevalencia del Trastorno depresivo Mayor en el Servicio de urgencias. Muestra no representativa de la población Mexicana. Escalas no generalizables para nuestra población
---------------------------------------	--	--	--	---	---	--

			Colombia (34 %; 95 % IC, [26–38 %]), 90 de Brasil (30 %; 95 % IC, [25– 36 %]), 73 de Argentina (26 %; 95 % IC, [21–33 %]).		insomnio (RO=2.09; 95 % IC, [1.31, 3.34]; P=0.002), dolores de cabeza (RO=1.83; 95 % IC, [1.16–2.88]; P = 0.009) y dolor crónico (RO= 1.66; 95 % IC, [1.02–2.70]; P=0.04). P<0.001). Depresión y ansiedad fuertemente asociadas (RO= 9.26). Condiciones Médicas asociadas con Trastorno Depresivo Mayor: asma (RO= 1.71; 95 % IC, [1.00–2.92]; P = 0.05)	
Murillo et al.,	Identificar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes	Estudio transversal Retrospectivo	N= 3661 pacientes hospitalizados de febrero a octubre 2017	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (α =no reporta) Escala de	Depresión: HDS-D****= 46. 2% MINI-	No midieron riesgo de suicidio Falta de

(2022)	hospitalizados en urgencias médicas	Análisis descriptivo.	N=3530 no cumplieron criterios N= 131 evaluados; N= 14 evaluaciones incompletas N= 117 registros psicológicos completos de pacientes hospitalizados	Ansiedad y Depresión Hospitalaria ($\alpha=0.86$).	D****=39.33% Ansiedad HAS-A*****=42.7% MINI-A*****=22.2%	precisión en la información consultada, dificultad para controlar sesgos y variables de confusión, imposibilidad de identificar causalidad entre variables por el diseño utilizado. Evaluación a través de autorreportes que implica medición inexacta y no comparable del problema, resultados no generalizables a todo el contexto mexicano
--------	-------------------------------------	-----------------------	---	--	---	---

Nota. *=Tratamiento; **= Razón de momios; ***= Intervalo de Confianza; ****=Escala de Depresión Hospitalaria; *****=Mini Entrevista Neuropsiquiátrica-Depresión; *****=Escala de Ansiedad Hospitalaria; ***** =Mini entrevista Neuropsiquiátrica-

Ansiedad

Mientras que, Borges et al. (2000) realizaron un estudio en tres unidades de servicio, tales como hospitalización, consulta externa y urgencias, de un hospital general de la Ciudad de México. Este buscó describir la asociación entre la prevalencia de los intentos de suicidio a lo largo de la vida, el consumo de alcohol, y el estado de ánimo deprimido. Realizaron una encuesta transversal en una muestra final de 1094 pacientes de ambos sexos, en la que se administró el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Desesperanza de Beck, el Cuestionario de Salud General, una escala de evaluación del suicidio, una escala de consumo de alcohol y otras mediciones de problemas relacionados con el alcohol. Como resultados encontraron un 6.1 % de prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida, así como la asociación entre el intento de suicidio y factores como el estado civil, la edad, el estado de ánimo deprimido, la desesperanza, y el consumo de alcohol en altos niveles. Entre las limitaciones que se encontraron en esta investigación fueron que el diseño y el pequeño número de participantes, 353 pacientes en la sala de urgencias, ocasionan la imposibilidad de examinar relaciones causales entre variables, ya que no se puede diferenciar si es una causa o una consecuencia estos factores respecto al intento de suicidio.

Por otro lado, Castilla- Puentes et al. (2008) llevaron a cabo un estudio multicéntrico para evaluar la prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor y su asociación con problemas de salud y condiciones médicas autoinformados. Este estudio se llevó a cabo por medio de un estudio transversal multicéntrico en México y países latinoamericanos. La muestra fue de 1505 participantes, entre los cuales 72 pacientes fueron mexicanos en urgencias médicas, quienes respondieron la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y una evaluación psiquiátrica desde el DSM-IV. Al respecto encontraron una prevalencia del 30% de sintomatología depresiva en pacientes que visitan urgencias médicas, una mayor proporción de

sintomatología depresiva en problemas de salud como ansiedad, presión arterial alta, dolor crónico, insomnio, y dolores de cabeza, así como con condiciones médicas como asma. Además, cabe resaltar que hubo una fuerte regresión entre depresión y ansiedad. Como en todos, en este estudio también hubo ciertas limitaciones como la subestimación de los resultados quizá por los criterios de exclusión, una muestra pequeña no representativa de la población mexicana y por otro lado las escalas no fueron generalizables para todos los países estudiados.

Murillo et al. (2022) realizaron una investigación para identificar la frecuencia de la ansiedad y la depresión en pacientes adultos en el departamento de urgencias médicas. Para el objetivo anterior, utilizaron un estudio transversal retrospectivo en pacientes que acudieron a urgencias médicas durante 2017. Después de varios filtros, se obtuvieron 117 registros psicológicos de pacientes hospitalizados en un servicio de urgencias médicas. Utilizaron la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) para población mexicana. Los resultados arrojaron que el 46.2% tuvieron síntomas depresivos y 39.33% de los pacientes presentaron síntomas de depresión mayor, mientras que el 42.7% de los pacientes mostró sintomatología ansiosa y el 22.2% presentaron trastorno de ansiedad generalizada (TAG). En cuanto a las limitaciones de este estudio, encontraron que por su diseño de investigación quizá hubo una falta de precisión en sus resultados, una dificultad para controlar sesgos, y las variables de confusión, así como identificar la causalidad entre las variables estudiadas. Además, por la recolección de datos a través de autorreportes podría haber una medición inexacta y no comparable del problema. Asimismo, debido a la pequeña muestra los resultados no pueden ser generalizables a todo el contexto mexicano.

Como se puede notar, son pocos los esfuerzos por identificar la relación entre la ansiedad, la depresión y el riesgo de suicidio en el ámbito de urgencias médicas; es por ello, que es de gran

importancia llevar a cabo un estudio en el contexto de urgencias dado que es, por lo general, el primer punto de contacto que brinda un proceso de atención a los pacientes que han intentado suicidarse que, dado sus lesiones físicas, pueden requerir hospitalización médica (Goldney, 2002). Al mismo tiempo, podría contribuir con la identificación de factores psicológicos, ya que es común que, por las características del entorno hospitalario, no se aborden estos problemas de salud mental (ansiedad, depresión y riesgo de suicidio) debido a otras prioridades de atención (Abar et al., 2017). Además, es importante también porque al conocer las características clínicas y sociodemográficas se podría brindar un mejor acompañamiento a los pacientes que ingresan al servicio de urgencias por una cuestión de malestar psicológico ya que es común que las tasas (frecuencia de visitas al servicio de urgencias) sean más altas, tanto de depresión como de ansiedad, y que por ello quizás existan mayores dificultades para acceder a la atención médica, por ejemplo, debido a la dificultad para encontrar transporte, a la sensación de que el médico no responda preocupaciones, vergüenza por una posible enfermedad, miedo a descubrir una enfermedad grave y confusión al programar una cita. Asimismo, podría contribuir quizá para agilizar la atención en este contexto, ya que en el caso de México se ha reportado que la sobresaturación que pueden tener los servicios de urgencias médicas podría incrementar el tiempo de espera, la posibilidad de tener un mal pronóstico, así como la insatisfacción y frustración de los pacientes, esto quizá debido a los procesos deficientes o incompletos, al número de hospitales insuficiente, a su insuficiente infraestructura, y a los recursos humanos sin la preparación específica (Polanco-González et al., 2013). Al mismo tiempo, se podría tratar de garantizar la seguridad de los pacientes que se ve comprometida, asociada con la mala calidad de la atención que quizá resulta del hacinamiento dentro de urgencias médicas (Trzeciak & Rivers, 2003).

Debido a lo anterior resulta necesario realizar un estudio que responda a la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la asociación entre el riesgo de suicidio y la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes adultos de un departamento de urgencias médicas? Es así como el objetivo de este estudio fue identificar, describir y discutir la asociación entre el riesgo de suicidio y la sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes usuarios de urgencias médicas de un hospital público de México. Asimismo, como objetivo secundario identificar, describir y discutir la relación entre las variables anteriores, sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo de suicidio, y las variables sociodemográficas, así como entre las situaciones estresantes en el último año.

Método

Diseño

Para alcanzar el objetivo principal se llevó a cabo un estudio prospectivo, no experimental con enfoque transversal y alcance correlacional, es decir, no se pretendió manipular o variar en forma intencional las variables, sino observar y analizar las variables tal como se dieron en su contexto natural; su dimensión temporal fue transversal o transeccional por lo que se recolectaron los datos en un solo momento, así como se pretendió que tuvieran los alcances iniciales y finales correlacionales, dado que se describió la relación entre las variables (Hernández et al., 2014).

Muestreo y Participantes

El cálculo del tamaño de la muestra fue seleccionado al utilizar la siguiente fórmula para correlaciones (Aguilar-Barajas, 2005; Argimon & Jiménez, 2013):

$$N = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{0.5 \ln[(1+r)/(1-r)]} \right] + 3$$

A partir del análisis realizado se pretendió obtener como tamaño de la muestra a $N = 196$ participantes. Sin embargo, se decidió realizar un ajuste de pérdidas de participantes del 20% por lo que al final se obtuvo un total de $N = 236$ participantes.

Se evaluaron 236, los cuales fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, al final se tuvieron que eliminar 11 participantes debido a los criterios de eliminación.

Se encontró que, de los 225 participantes, la edad promedio fue 46.04 años, con una desviación estándar (DE) de 15.52 años, el porcentaje de hombres fue mayor que el de las mujeres, con un 61.78 %. Además, se encontró que el 63.56% de los pacientes hospitalizados reportaron el catolicismo como religión. En cuanto al nivel de escolaridad se encontró que la mayoría concluyó la secundaria y la primaria, con 22.67% y 13.78 %, respectivamente. Además, se encontró que 58.67 % de los pacientes hospitalizados refirió tener un oficio como ocupación, seguido de dedicarse al hogar con 21.33% y estar desempleado 8 %. Finalmente, del total de los participantes, el 90.78 % fueron residentes de la zona metropolitana, y el 60 % vivían con su familia nuclear (véase tabla 2).

Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

Los criterios de inclusión fueron: pacientes hospitalizados en el servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González, mayores de edad (≥ 18 años), que deseaban participar en la investigación firmando el consentimiento informado. Mientras que los criterios de exclusión fueron: presentar daño cognitivo o delirium y no querer participar en el estudio. Finalmente, los criterios de eliminación fueron: decidir salir de la investigación en cualquier momento posterior a la firma del consentimiento informado y no haber contestado al menos el 80 % de los reactivos o instrumentos de la batería que se aplicó.

Tabla 2*Características sociodemográficas de la muestra*

Características	(n)=225
Edad	$\bar{x}^*=46.04$ DE**=15.52
Sexo	
Mujer	38.22 % (86)
Hombre	61.78% (139)
Nivel educativo	
Sin escolaridad	6.67% (15)
Primaria	13.78% (31)
Primaria trunca/incompleta	5.33% (12)
Secundaria	22.67% (51)
Secundaria incompleta	5.78% (13)
Bachillerato	13.33% (30)
Bachillerato incompleto	8% (18)
Carrera técnica	2.22% (5)
Carrera técnica incompleta	0.4% (1)
Licenciatura	8.89% (20)
Licenciatura trunca	8.44% (19)
Posgrado	0.4% (1)
Se desconoce	4% (9)
Ocupación	
Oficio	58.67% (132)
Profesión	3.11% (7)
Desempleado	8% (18)
Estudiante	4.44% (10)
Ama de casa	21.33% (48)
Pensionado o jubilado	0
Se desconoce	4.44% (10)
Religión	
Católico	63.56% (143)
Sin religión	13.78% (31)
Creyente	5.33% (12)
Cristiano	7.56% (17)
Otra	0.4% (1)
Se desconoce	9.3% (21)
Lugar de nacimiento	
Zona/área metropolitana	72.89% (164)
Fuera del área metropolitana	25.78% (56)
Se desconoce	1.33% (3)

Lugar de residencia	
Zona metropolitana	90.67% (204)
Fuera de la Zona metropolitana	7.56% (17)
Se desconoce	1.77% (4)

¿Con quién vive? Número de personas con las que vive el paciente

Solo	9.78 % (22)
Cónyuge o hijo (familia nuclear)	60 % (135)
Padre o hermanos (familia extendida)	26.67 % (60)
Otros (amigos, vecino)	3.07 % (7)
Se desconoce	0.4 % (1)

Nota. *= Media aritmética **=Desviación estándar.

Medición

Definición de Variables

Sintomatología Depresiva. Definición conceptual: La depresión es definida como un trastorno del estado de ánimo. A través de manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales se experimentan sentimientos de tristeza, melancolía y falta de interés en las actividades diarias; sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio; pérdida o aumento de peso significativo, insomnio o sueño excesivo, falta de energía, incapacidad para concentrarse. Cabe resaltar que los síntomas anteriores deberán estar presentes por lo menos durante dos semanas (Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos y Organización Panamericana de la Salud; por sus siglas en inglés NIMH, 2018; OMS, 2020).

Definición operacional: Se medirá con la Escala de ansiedad y depresión en hospitales (por sus siglas en inglés, HADS), véase apartado instrumentos.

Sintomatología Ansiosa. Definición conceptual: La ansiedad es una emoción (Asociación Americana de Psicología [APA], 2016). También es catalogada como una reacción

adaptativa ante la percepción de una situación de peligro o la anticipación de peligros futuros, indefinibles e impredecibles, que puede desencadenar una respuesta fisiológica como el aumento de la presión arterial, sudoración, temblores, mareos y palpitaciones; manifestaciones conductuales como la evitación de situaciones, así como una respuesta cognitiva como pensamientos de preocupación, creencias, ideas o imágenes. Sin embargo, cuando el organismo no llega a un estado de equilibrio homeostático y las respuestas se presentan de forma repetitiva, con una alta intensidad y una duración prolongada, puede llegar a ser un trastorno y comprometerse el funcionamiento físico y psicosocial (Sierra et al., 2003).

Definición operacional: Se medirá con la Escala de ansiedad y depresión en hospitales (por sus siglas en inglés, HADS), véase apartado instrumentos.

Riesgo de Suicidio. Definición conceptual: El riesgo de suicidio puede definirse como tener deseos de muerte, ideas, planes o intentos de suicidio durante el último mes. Asimismo, es el resultado de la interacción de distintos factores biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales (Ferrando et al., 2000; Turecki, 2019).

Definición operacional: Se medirá con la escala detección riesgo de suicidio (MINI), véase apartado instrumentos.

Instrumentos de Evaluación.

Datos Sociodemográficos. Se recolectaron a través de una encuesta generada expreso para este estudio variables nominales, ordinales y de razón como: sexo, lugar de nacimiento y de residencia, creencia religiosa, ocupación, enfermedad física (diagnóstico); escolaridad; edad (véase anexo 1).

Escala de Ansiedad y Depresión en Hospitales (por sus siglas en inglés, HADS). Es una subescala de autoevaluación de la ansiedad y la depresión en entornos hospitalarios no psiquiátricos. Se conforma de 14 reactivos, intercalados para cada subescala, con respuestas

estructuradas tipo Likert de cuatro puntos (0 = Nunca, 1= de vez en cuando, 2= casi todo el día y 3= todo el día). De acuerdo con el punto de corte internacional, esta escala permite identificar la probable ausencia, la posible presencia (punto de corte: puntuación ≥ 11 , para definir un cribado positivo) y la probable presencia de grados clínicamente significativos (leve, moderado y severo), es decir, la gravedad de los síntomas. Mientras que con puntos de corte en ansiedad ≥ 8 y ≥ 7 en depresión. Para llegar a lo anterior se calcularon las correlaciones (Spearman) de las puntuaciones de las subescalas y las evaluaciones psiquiátricas; los resultados fueron, para la depresión $r = 0,70$, y para la ansiedad $r = + 0,74$. Ambas cifras son significativas y se concluyó que las puntuaciones de las subescalas podían utilizarse justificadamente como medidas de gravedad. Por otro lado, al calcular la consistencia interna, las correlaciones oscilaron entre + 0,76 y + 0,41 y la significación de todas ellas fue de $p < 0,01$, en el caso de los ítems de ansiedad, mientras que para la escala de depresión oscilaron entre + 0,60 a + 0,30, todas ellas significativas más allá de $p < 0,02$. Por último, se confirmó que ambas subescalas detectan aspectos diferentes del trastorno de ánimo y que las puntuaciones de la escala no se vieron afectadas por la enfermedad física (Zigmond & Snaith, 1983). Asimismo, en el 2002 en un estudio con una muestra de pacientes mexicanos con obesidad se aprobó la confiabilidad y la exactitud del diagnóstico clínico (validez) de una nueva versión en castellano de la HADS, que puede ser aplicado en países de habla hispana, especialmente de Latinoamérica. Los resultados que evidencian lo antes descrito fueron el mejor punto de corte de la calificación del cuestionario para ansiedad de ≥ 8 , mientras que para depresión fue de ≥ 7 . Además, una correlación importante entre la calificación de ansiedad y la de depresión ($r=0,70$); el análisis de concordancia a través del coeficiente de correlación intraclassa de $C_i = 0.62$ ($p < 0.001$), la concordancia bruta entre ambos diagnósticos clínicos de 81.3%, el valor Kappa= 0.64 (IC 95% 0.47-0.80, $P < 0.001$), así

como la validez interna mediante el coeficiente α de Cronbach de 0.84 en su primera fase y en una segunda fase de 0.86 (López- Alvarenga et al., 2002). Asimismo, se realizó el análisis sobre la consistencia interna con los datos obtenidos en la presente investigación. A partir del análisis de la confiabilidad del instrumento para cada subescala, se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.77 para la subescala de sintomatología ansiosa y 0.78 para la subescala de sintomatología depresiva, lo que indica ser aceptable de acuerdo con lo establecido por George y Mallery (2003) (véase anexo 2).

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. La subescala de riesgo de suicidio forma parte del módulo “C” de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Está compuesta por seis preguntas filtro que corresponden a los criterios diagnósticos principales del riesgo de suicidio, es decir, la presencia en el último mes de deseos de muerte, autolesiones, ideas suicidas, planes de suicidio, e intentos de suicidio, así como la presencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida. Las opciones de respuesta son dicotómicas, sí y no, que al sumarse las afirmaciones se obtiene una puntuación global (de uno a 33), que clasifica al riesgo de suicidio en leve, moderado y alto. Una puntuación de uno a cinco clasifica un nivel de riesgo leve, un nivel moderado es considerado a partir de seis hasta los nueve puntos y un nivel alto es clasificado cuando el puntaje es ≥ 10 (Ferrando et al., 2000). Para efectos de análisis, en esta investigación, el valor cero fue considerado como sin riesgo de suicidio (ausencia), y los valores de uno a 33 puntos fueron clasificados como con riesgo de suicidio (véase anexo 3). Cabe señalar que, a pesar de su amplio uso clínico, no se han establecido propiedades psicométricas en población mexicana. Sin embargo, se ha validado en población estadounidense y francesa, donde obtuvieron valores Kappa superiores a 0.75, en donde la mayoría (70 %) alcanzaba el 0.90 o más, lo que indicó una excelente fiabilidad entre evaluadores (Sheehan et al., 1998). Asimismo, a

través de la fórmula 20 de Kuder-Richardson, se calculó la consistencia interna con los datos obtenidos en la presente investigación. A partir del análisis de la confiabilidad del instrumento, se obtuvo un coeficiente de 0.85, lo que indica ser aceptable (Campo-Arias & Oviedo, 2008).

Procedimiento

Se invitó a participar en la evaluación a todos los pacientes hospitalizados en el sector de observación y choque, perteneciente al servicio de urgencias del Hospital General Manuel Gea González, que estuvieran en condiciones cognitivas. Al terminar de hacer la invitación, se hizo total énfasis a los pacientes en que no existía ningún problema si se negaban a participar y que podían abandonar la investigación, en el momento que lo desearan sin que esto tuviera repercusión en la calidad del servicio médico que se les brindara en su debido momento. En caso de aceptar participar en el protocolo de investigación el cual fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del hospital con el número de registro “27-152-2017”, se les pidió que firmaran el consentimiento informado (véase anexo 4), después de ello se comenzó la aplicación de los instrumentos tales como la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospitales (por sus siglas en inglés, HADS), así como la subescala de riesgo de suicidio de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Cabe resaltar que la aplicación fue realizada por psicólogos del departamento de psicología de urgencias, que previamente fueron capacitados, por aproximadamente 70 horas, en la identificación y revisión de las características, formas de aplicación e interpretación de resultados de los respectivos instrumentos, así como realizando juego de roles. Dicha aplicación fue adaptada a cada una de las condiciones físicas y de tiempo, y durante el internamiento del paciente ya sea en cama o silla. Al finalizar la evaluación psicológica, se le proporcionaron algunas estrategias prácticas de apoyo, dependiendo de las necesidades percibidas de cada uno de los participantes, así como se les brindaron los datos de contacto del servicio de psicología de urgencias, esto en caso de requerir apoyo adicional.

Análisis de Datos

Para el análisis de los datos recopilados de los pacientes hospitalizados, se creó una base de datos en el programa Excel para ser analizada mediante el programa R Studio versión R-4.2.0 para Windows (64 bits), el cual cuenta con diferentes colecciones de funciones, datos y códigos (librerías) para realizar los análisis estadísticos requeridos, teniendo la opción de agregar más funciones instalando librerías nuevas de acuerdo con la tarea que se requiera (Santana y Nieves, 2016). Las librerías instaladas y utilizadas para este estudio fueron: e1071, versión 1.7-9 (Meyer et al., 2021), summarytools, versión 1.0.0 (Comtois, 2021), effectsize, versión 0.6.0.1 (Ben-Shachar, 2020). Todas las librerías previamente mencionadas son de libre acceso.

Inicialmente se verificó qué tipo de distribución siguen los datos, y por lo consiguiente, qué pruebas (paramétricas o no) se podían llevar a cabo en el contraste estadístico, para ello se utilizó la prueba de gráficos: histogramas y Q-Q plots y la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Hernández et al., 2014; Pérez-Tejada, 2000). Cabe señalar que si la muestra es extraída de una población normal ambos valores se encontrarán en la misma línea recta (Romero- Saldaña, 2016). Asimismo, los valores serán de la siguiente manera si se observa asimetría (CA) positiva (> 0) o negativa (< 0); y, por el contrario, simetría ($= 0$); así como la curtosis (CU), que nos permitió identificar si existía una gran concentración de valores en la región central de la distribución (leptocúrtica [>0]); una concentración normal (mesocúrtica [$=0$]); o una baja concentración (Platicúrtica [<0]), o bien, considerar para ambas (CA; CU) valores cercanos a 0.5. Además, se consideró como estadísticamente significativo el valor $p < 0.05$ para la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Hernández et al., 2014; Pérez-Tejada, 2008).

Respecto al análisis descriptivo se utilizó las medidas de tendencia central como media, mediana y moda, mientras que para las medidas de dispersión o de la variabilidad se utilizó

desviación estándar (DE), para la HADS, la subescala de riesgo de suicidio de la MINI, y para los datos sociodemográficos. Además, se empleó ji cuadrada (χ^2) con los datos categóricos o continuos para poder identificar diferencias entre las variables sociodemográficas y la presencia, ausencia de sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo de suicidio, así como para los eventos estresantes del último año. Con base en lo anterior, se consideró estadísticamente significativo el valor $p \leq 0.05$ (Hernández et al., 2014; Pérez-Tejada, 2008) y el tamaño del efecto a través del Coeficiente V Cramer o el Coeficiente Phi en el rango de 0.1-0.2 se considera pequeño o débil, 0.3- 0.5 mediano o moderado y > 0.6 grande o alto, solo cuando la prueba de ji cuadrada es estadísticamente significativa (López-Roldán & Fachelli, 2015).

Con respecto al grado de relación o asociación existente entre dos variables se tomó una decisión a partir del análisis de distribución normal de los datos: El coeficiente de correlación de Pearson (puede variar de -1.00 a $+1.00$) sí se obtiene una distribución normal bivariada conjunta o bien, el coeficiente no paramétrico como coeficiente de correlación de Spearman o tau de Kendall, cuando no se cumpla el supuesto de normalidad en la distribución de tales valores (Hernández et al., 2014; Pérez-Tejada, 2008; Restrepo & González, 2007). Con base en lo observado en los histogramas y Q-Q plots, así como desde los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov se optó por utilizar el coeficiente de correlación de Spearman para el análisis de asociación entre variables. Cabe resaltar que la interpretación del coeficiente de Spearman es similar a la Pearson, es decir, el coeficiente puede ubicarse en intervalos y así saber si se trata de una correlación nula o inexistente (de ± 0.09 a ± 0.00), muy débil (de ± 0.10 a ± 0.19), débil (de ± 0.20 a ± 0.49), moderada (de ± 0.50 a ± 0.69), significativa (de ± 0.70 a ± 0.84), fuerte (de ± 0.85 a ± 0.95) o perfecta (de ± 0.96 a ± 1.0 ; (Pérez-Tejada & Medina, 2000; Pita & Pértiga, 2001). Asimismo, se consideró como estadísticamente significativo el valor $p \leq 0.05$ (Hernández et al., 2014).

Resultados

Para analizar la distribución de los datos se llevó a cabo una exploración visual a través de histogramas, se optó por examinar, la dispersión de los mismos, utilizando el coeficiente de asimetría y curtosis; además se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov.

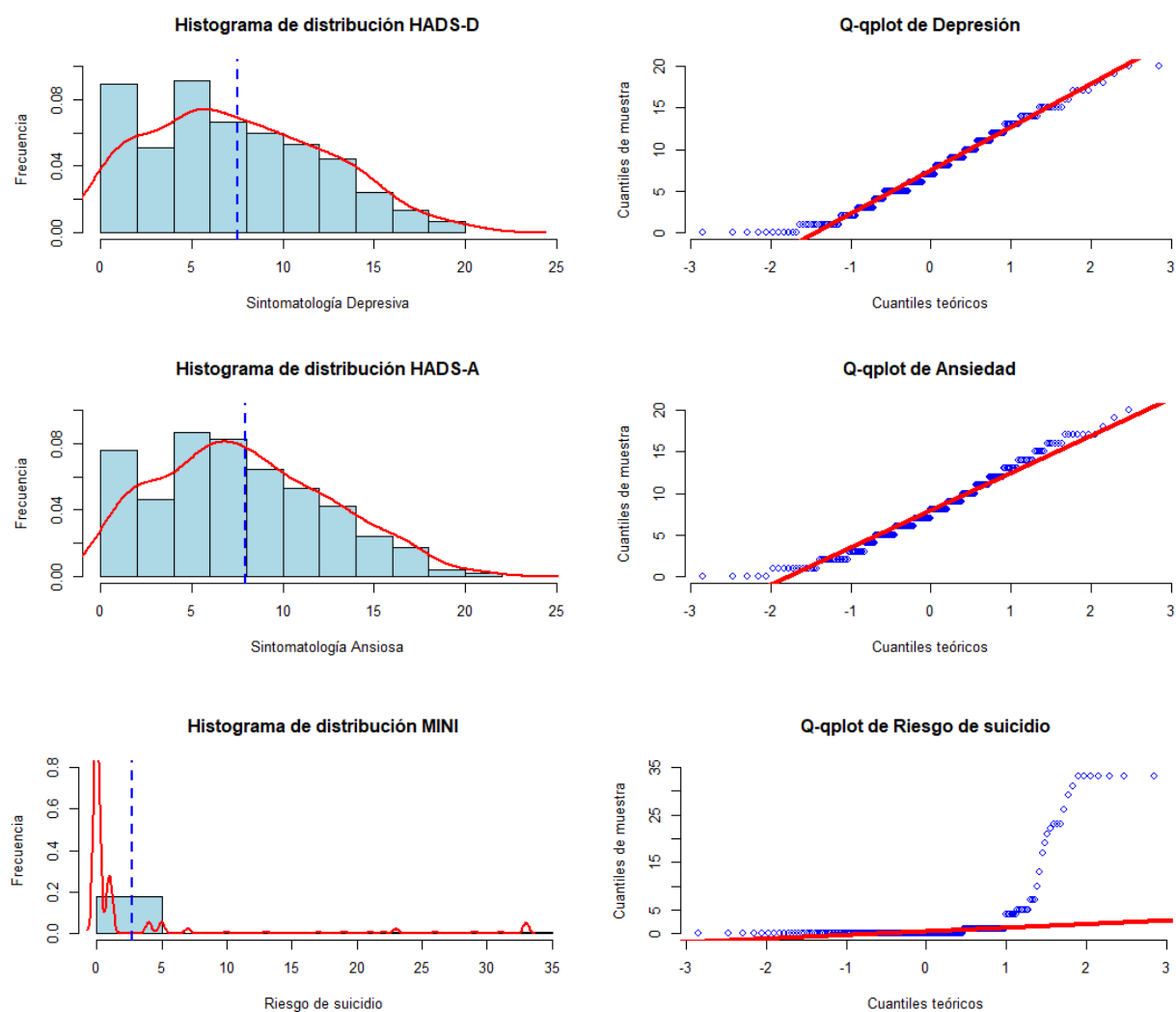
Para la variable depresión (HADS-D), el análisis visual muestra que la media esta ligeramente por abajo y la dispersión está ligeramente por arriba, por lo que se podría sugerir que los datos se ajustan a la curva de distribución normal. Asimismo, los coeficientes de asimetría y curtosis muestran, por un lado, que la asimetría ($CA > 0$) es positiva (0.33), mientras que el cálculo de la curtosis ($CU < 0$) es negativo de tipo platicúrtica ($k = -0.68$). Por otro lado, para la variable Ansiedad (HADS-A) el análisis visual muestra que la media y la dispersión están ligeramente por arriba, con valores muy cercanos a la curva de distribución normal. Lo anterior se puede demostrar a través de la curva de asimetría positiva (0.36; $CA > 0$), y curtosis negativa de tipo platicúrtica ($k = -0.55$; $CA < 0$). Del análisis de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, tanto para depresión y ansiedad, con una significancia estadística de valor exacto de la prueba $p < 0.05$, se puede considerar que ambas no tienen una distribución normal (HADS-D $p = 9.47 \times 10^{-5}$; HADS-A $p = 0.002$) (véase figura 1).

Con relación a la variable riesgo de suicidio, el análisis visual muestra una media y una dispersión por debajo, por lo que los datos no se ajustan a la curva de distribución normal, la asimetría ($CA > 0$) resultó con un valor positivo (3.17) y curtosis ($CU > 0$) positiva de tipo leptocúrtica ($k = 8.98$). De la misma forma, el análisis de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, con una significancia estadística de valor exacto de la prueba $p < 0.05$, muestra que la variable no sigue una distribución normal (MINI $p = 2.2 \times 10^{-16}$). Como resultado del análisis anterior de las

pruebas, se puede deducir que todas las variables no tienen una distribución normal. Por tal razón, se analizaron usando la prueba estadística no paramétrica de correlación de Spearman.

Figura 1

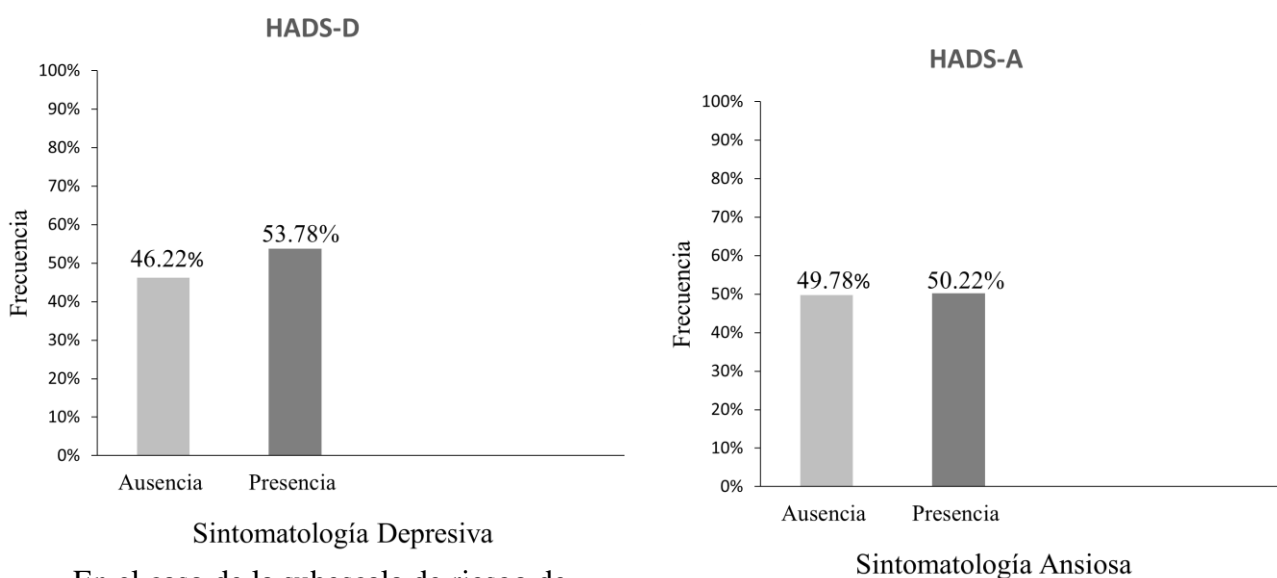
Graficas de Normalidad de las variables depresión, ansiedad y riesgo de suicidio



En lo que respecta a las puntuaciones de los instrumentos de auto-reporte, en la escala HADS-D, con una puntuación de ocho puntos ($\bar{X}=7.53$; Desviación estándar [DE]=4.82), rebasando así el punto de corte (≥ 7), se obtuvo que el 53.78% fueron casos positivos, lo cual sugiere la presencia de sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados. En lo concerniente al HADS-A, con ocho puntos ($\bar{X}=7.93$; Desviación estándar [DE]=4.69), alcanzando así el punto de corte (≥ 8), se obtuvo un 50.22% de presencia, lo cual podría indicar sintomatología ansiosa (véase figura 2).

Figura 2

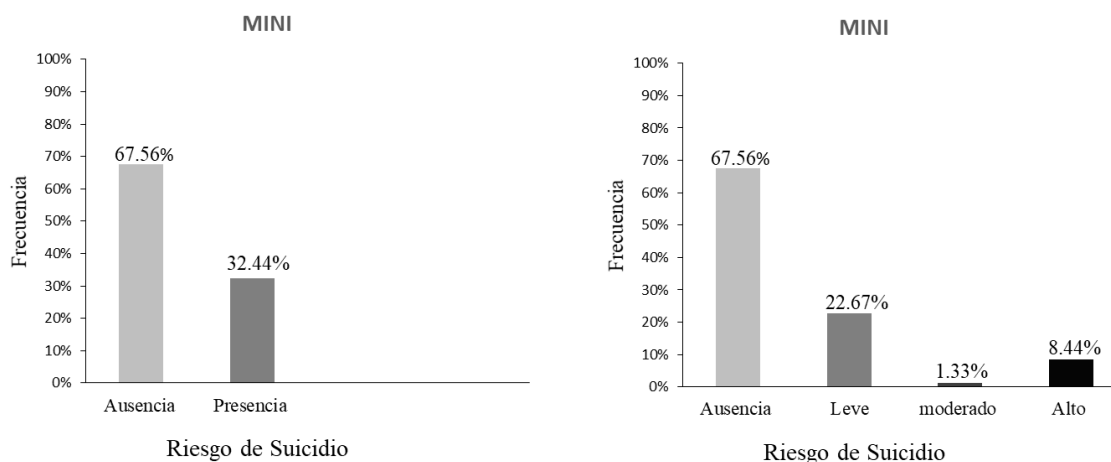
Frecuencia de casos Positivos y Negativos de Depresión y Ansiedad



En el caso de la subescala de riesgo de suicidio de la MINI, con un promedio de tres puntos ($\bar{X}=2.71$; Desviación estándar [DE]=7.43), el cual se encuentra dentro del punto de corte de riesgo leve, se obtuvo que un 32.44% de casos tenían un considerado riesgo de suicidio en el último mes, no obstante, se pueden apreciar mejor las frecuencias cuando se separan los puntajes en su respectiva clasificación, observando así un 67.56% de nulo riesgo, 22.67 % leve, 1.33% moderado y 8.44% de riesgo alto (véase figura 3).

Figura 3

Frecuencia de los Casos con y sin Riesgo de Suicidio y Riesgo de Suicidio Leve, Moderado y Alto



Diferencias entre Mujeres y Hombres con Respecto a las Variables Depresión, Ansiedad y Riesgo de Suicidio

Se llevó a cabo el análisis de Ji cuadrada de Pearson 2x2 (χ^2). En el análisis de depresión (HADS-D) se encontró que entre las variables no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a la presencia y ausencia de la sintomatología depresiva, es decir, las variables son independientes (véase tabla 3).

Tabla 3

Diferencias entre Hombres y Mujeres respecto a la Sintomatología Depresiva

Depresión (HADS-D)	Mujer		Hombre		Total N
	n	%	n	%	
Ausencia	42	48.84	62	44.60	104
Presencia	44	51.16	77	55.40	121
Total	86	100	139	100	225

Nota. n= 225; $\chi^2=0.383$, gl=1, p=0.536

Posteriormente, se realizó el análisis de Ji cuadrada de Pearson 2x2 (χ^2) para ansiedad

(HADS-A), donde se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a la presencia y ausencia de la sintomatología ansiosa, es decir, estas variables no varían entre los distintos niveles de otras variables (véase tabla 4).

Tabla 4

Diferencias entre Hombres, Mujeres con Relación a la Sintomatología Ansiosa

Ansiedad (HADS-A)	Mujer		Hombre		Total
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	N
Ausencia	40	46.52	72	51.79	112
Presencia	46	53.48	67	48.21	113
Total	86	100	139	100	225

Nota. n= 225; $\chi^2=0.594$, gl=1, $p=0.4409$

Finalmente, con base al análisis de Ji cuadrada de Pearson 2x2 (χ^2) para riesgo de suicidio (MINI) se halló como resultado que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a la presencia y ausencia de riesgo de suicidio.

Tabla 5

Diferencias entre Hombres y Mujeres respecto al Riesgo de suicidio.

Riesgo de suicidio (MINI)	Mujer		Hombre		Total
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	N
Sin Riesgo de Suicidio	54	62.79	98	70.50	152
Con Riesgo de suicidio	32	37.21	41	29.50	73
Total	86	100	139	100	225

Nota. n= 225; $\chi^2=1.442$, gl=1, $p=0.2298$

Otras Diferencias

Además, se realizaron otros análisis de Ji cuadrada para cada una de las variables sociodemográficas de interés: escolaridad, ocupación, residencia, lugar de nacimiento y número de personas con las que vive; y la sintomatología depresiva, ansiosa, así como el riesgo de suicidio. Cabe resaltar que no se analizaron los datos sobre estado civil porque no cumplían los requisitos mínimos necesarios para hacerlo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y la sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo de suicidio.

Asimismo, se hicieron otros análisis (Ji cuadrada) para las distintas situaciones de estrés como divorcio o separación, fallecimiento de algún miembro de la familia del participante, diagnóstico de enfermedad grave, un problema legal (detención), peleas/ riñas familiares, cambios laborales, y otras situaciones, todas durante el último año. Varias de ellas no se encontraron como estadísticamente significativas, con excepción a las siguientes:

En cuanto a la variable divorcio o separación se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la presencia o ausencia de divorcio o separación en el último año respecto a la presencia y ausencia de sintomatología ansiosa (véase tabla 6)

Tabla 6

Diferencia entre Divorcio y Sintomatología Ansiosa

Sintomatología ansiosa	Ausencia		Presencia		Total	χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	N	
Sin Divorcio o separación	105	*94.59	95	84.82	200	5.757*
Divorcio o separación	6	5.41	17	15.18	23	5.757*

Total 111 100 112 100 223

Nota. Se desconoce la característica de 2 casos, N= 225; $gl=1$, $p=0.01643$; coeficiente de correlación Phi =0.161(débil), se hizo el cálculo de la significancia estadística desde $**p<0.05$

Para la variable problema legal se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la presencia y la ausencia de un problema legal en el último año respecto a la presencia y ausencia de sintomatología ansiosa (véase tabla 7).

Tabla 7

Diferencia entre un Problema Legal y la Sintomatología Ansiosa

Sintomatología ansiosa (HADS-A)		Ausencia		Presencia		Total	χ^2
		N	%	N	%		
Sin problema legal	Sin	108	*97.30	102	91.07	210	3.936*
	Problema legal	3	2.70	10	8.93	13	
Total		111	100	112	100	223	

Nota. Se desconoce la característica de 2 casos: N= 225; $gl=1$, $p=0.04726$; coeficiente de correlación Phi= 0.133 (débil), se hizo el cálculo de la significancia estadística desde $**p<0.05$

Mientras que, en cuanto a la variable peleas/riñas se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la presencia y la ausencia de peleas/ riñas familiares en el último año respecto a la presencia y ausencia de sintomatología ansiosa (véase tabla 8).

Tabla 8

Diferencia entre una Situación Familiar y la Sintomatología Ansiosa.

Sintomatología ansiosa		Ausencia		Presencia		Total	χ^2
		n	%	n	%		
						N	

(HADS-A)							
Sin peleas/riñas familiares	96	*86.49	85	75.89	181	1.442*	
Peleas/riñas familiares	15	13.51	27	24.11	42	1.442*	
Total	111	100	112	100	223		

Nota. Se desconoce la característica de 2 casos: N= 225; gl=1, $p=0.04307$; coeficiente de correlación Phi= 0.135 (débil), se hizo el cálculo de la significancia estadística desde $**p<0.05$

Respecto a la variable cambios laborales se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la presencia y la ausencia de cambios laborales en el último año respecto a la presencia y ausencia de sintomatología ansiosa (véase tabla 9).

Tabla 9

Diferencia entre Cambios Laborales y Sintomatología Ansiosa

Sintomatología ansiosa (HADS-A)	Ausencia		Presencia		Total	χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sin cambios laborales	102	*91.89	84	75	186	11.494*
Cambios laborales	9	8.11	28	25	37	11.494*
Total	111	100	112	100	223	

Nota. Se desconoce la característica de 2 casos: N= 225; gl=1, $p=0.000698$; coeficiente de correlación Phi=0.227 (débil), se hizo el cálculo de la significancia estadística desde $**p<0.05$

Finalmente se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la presencia y la ausencia de otras situaciones de estrés en el último año respecto a la presencia y ausencia de sintomatología depresiva (véase tabla 10), ansiosa (véase tabla 11) y riesgo de suicidio (véase tabla 12), sin embargo, solo se conoce que son la ausencia de las situaciones estresantes

anteriores, sin conocerse específicamente que situaciones son.

Tabla 10

Diferencia entre Otra Situación Estresante y la Sintomatología Depresiva

Sintomatología Depresiva (HADS-D)	Ausencia		Presencia		Total	χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	N	
Sin otras situaciones	94	*90.38	90	76.27	184	7.761*
Otras situaciones	10	9.62	28	23.73	38	7.761*
Total	104	100	118	100	222	

Nota. se desconoce la característica de 3 casos: N= 225; gl=1, $p=0.005338$; coeficiente de correlación Phi= 0.187 (débil), se hizo el cálculo de la significancia estadística desde ** $p<0.05$

Tabla 11

Diferencia entre Otra situación Estresante y la Sintomatología Ansiosa

Sintomatología Ansiosa (HADS-A)	Ausencia		Presencia		Total	χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	N	
Sin otras situaciones	98	*88.28	86	77.48	184	4.572*
Otras situaciones	13	11.72	25	22.52	38	4.572*
Total	111	100	111	100	222	

Nota. Se desconoce la característica de 3 casos: N= 225; gl=1, $p=0.0325$;

coeficiente de correlación Phi= 0.144 (débil), se hizo el cálculo de la significancia estadística desde ** $p<0.05$

Tabla 12*Diferencia entre Otra situación Estresante y el Riesgo de Suicidio*

Riesgo de suicidio (MINI)	Ausencia		Presencia		Total	χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	N	
Sin otras situaciones	130	*86.67	54	75	184	4.667*
Otras situaciones	20	13.33	18	25	38	4.667*
Total	150	100	72	100	222	

Nota. Se desconoce la característica de 3 casos: N= 225; gl=1, $p=0.03074$; coeficiente de correlación Phi= 0.145 (débil), se hizo el cálculo de la significancia estadística desde $**p<0.05$

Todo lo anterior, puede sugerir que mientras se está hospitalizado en urgencias médicas existe quizá mayor sintomatología ansiosa en ausencia de eventos estresantes como un divorcio o separación, un problema legal, peleas familiares, cambios laborales, así como otras situaciones. En esta última, también se encontró mayor sintomatología depresiva y riesgo de suicidio.

Correlación entre las Variables “Sintomatología Depresiva”, “Sintomatología Ansiosa” y “Riesgo de Suicidio”

Como antes se dijo, debido a que ninguna de las variables cumplió con los supuestos de estadística paramétrica, se optó por y sometieron a una correlación de Spearman las variables: sintomatología depresiva (HADS-D), sintomatología ansiosa (HADS-A), así como riesgo de suicidio (MINI). Entre las variables Ansiedad y depresión se identificó una correlación positiva, con una fuerza de asociación moderada y estadísticamente significativa ($r_s = 0.63$, $p<0.0001$). Lo que puede indicar que, a mayores síntomas de ansiedad, aumenta la sintomatología depresiva y viceversa en pacientes hospitalizados en urgencias médicas.

En cuanto a la variable riesgo de suicidio y ansiedad, se encontró una correlación

positiva, con una fuerza de asociación débil, sin embargo, estadísticamente significativa ($r_s = 0.43$, $p < 0.0001$). Lo que puede indicar que, a mayor riesgo de suicidio aumenta la sintomatología ansiosa y viceversa.

Mientras que, en el caso de riesgo de suicidio y depresión, se halló una correlación positiva, con una fuerza de asociación débil, pero estadísticamente significativa ($r_s = 0.38$, $p < 0.0001$). Lo que puede indicar que, a mayor riesgo de suicidio, aumenta la sintomatología depresiva y viceversa (véase tabla 13).

Tabla 13

Correlaciones de Spearman

Variables		I	II	III
I.	Sintomatología depresiva	-	0.63*	0.38*
II.	Sintomatología ansiosa	0.63*	-	0.43*
III.	Riesgo de suicidio	0.38*	0.43*	-

Nota. La correlación es significativa al nivel $*p < 0.0001$ (bilateral)

Autocuidado

Los participantes refirieron que durante la noche en promedio habían dormido 6.63 horas con una DE= 2.64 horas, sin embargo, el 49.33% refirió no haber descansado. Finalmente, refirieron que en promedio hacían de 3 a 4 comidas al día, la mayoría no tenía una actividad recreativa (54.67%), así como el 60% no realizaba una actividad física, seguido del 13.78% que había realizado una actividad física como caminar, todo lo anterior durante un día normal.

Características de la hospitalización

Además, se encontró que al momento de la evaluación los participantes tenían un promedio de 2.88 días hospitalizados con una DE= 2.76, el 52.89% no habían tenido ingresos, así como el 14.22 % había ingresado por un diagnóstico de cetoacidosis diabética (véase tabla 14 y 15)

Tabla 14*Reingresos hospitalarios de la muestra***Reingresos**

Sin reingresos	52.89%
1-6 reingresos	18.66%
Se desconoce	28.45%

Tabla 15*Diagnósticos de la muestra*

Diagnóstico	Frecuencia (n)
Cetoacidosis diabética	14.22 % (32)
Otros	13.33% (30)
Varios diagnósticos	12.44% (28)
Enfermedad renal	8.44% (19)
Sepsis	4.89% (11)
Supresión etílica	4% (9)
Enfermedades intestinales	3.56% (8)
Traumatismo craneoencefálico	3.56% (8)
Desequilibrio electrolítico	3.56% (8)
Enfermedad hepática	2.66% (6)
Enfermedad del sistema inmunológico (VIH, SIDA, Lupus)	2.66% (6)
Síndrome anémico	1.78% (4)
Cáncer	1.78% (4)
Enfermedad respiratoria	1.78% (4)
Enfermedad vascular	1.78% (4)

Enfermedad cerebrovascular	1.78% (4)
Intento de autólisis	1.78% (4)
Epilepsia	0.89% (2)
Insuficiencia cardíaca	0.89% (2)
Cardiopatía isquémica	0.44% (1)
Enfermedad neuromuscular	0.44% (1)
Hipertensión arterial	0.44% (1)
Fibrilación	Ninguno
Se desconoce	3.56 % (8)

Discusión

En este estudio se propuso como objetivo principal identificar, describir y discutir la asociación entre el riesgo de suicidio y la sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes hospitalizados en urgencias médicas. Así como la relación entre las variables anteriores y las variables sociodemográficas, y finalmente entre las situaciones estresantes en el último año.

Con respecto a la relación entre la sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes hospitalizados en urgencias médicas, se ha identificado resultados parecidos en la literatura internacional ($r_s = 0.68$), a pesar de la diferencia entre los instrumentos de evaluación que utilizaron, como el cuestionario de Salud del paciente de nueve reactivos (por sus siglas en inglés, PHQ-9) y la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de siete reactivos (GAD-7) en comparación al que se utilizó en el presente estudio (HADS). Sin embargo, los autores no evaluaron a pacientes del departamento de urgencias (Huang et al., 2019). En literatura nacional, otro estudio observó algo totalmente diferente, a pesar de utilizar el mismo instrumento de evaluación. No hallaron una correlación estadísticamente significativa, no obstante, también el estudio se llevó a cabo con pacientes hospitalizados de otra área distinta a la de urgencias médicas (Hernández Salazar et al., 2014). Por otro lado, en el estudio de Anguiano et al. (2017) encontraron una correlación positiva y alta entre la ansiedad y la depresión, es decir, a mayor ansiedad, mayor depresión, pero al análisis de correlación agregaron tiempo con la enfermedad, además de que el estudio fue realizado en pacientes hospitalizados de los servicios de Hematología y de Medicina Interna.

Asimismo, parece ser que no se ha encontrado algo parecido a los resultados de los artículos revisados, debido a que no se mide la relación entre estas dos variables sino hacen un análisis a través de regresión logística múltiple, la cual brinda la oportunidad de predecir las

puntuaciones de una variable a partir de las puntuaciones de otra variable (Hernández et al., 2014), por ejemplo, se encontró el artículo de Castilla- Puentes, et al. (2008), quienes han observado una regresión entre depresión y ansiedad (RO=9.26).

Mientras que, en cuanto a la relación entre el riesgo de suicidio y la sintomatología depresiva, se identificó en el estudio de Borges et al. (2000) que la variable más importante que precedía un intento de suicidio era el estado de ánimo, esto es, una regresión entre ambas variables (RO=1.07; IC 95% = 1.02-1.11). Respecto a lo anterior, en literatura internacional se ha reportado que los que acudían a urgencias por un intento de suicidio tenían antecedentes de depresión (CDC, 2007) y que era probable que fuera un predictor importante para tener un intento de suicidio posterior a una detección positiva de riesgo de suicidio (Arias et al., 2016) Sin embargo, en cada uno de los estudios utilizaron el análisis de regresión logística múltiple.

Por otro lado, en cuanto a la relación entre la sintomatología ansiosa y el riesgo de suicidio, no se ha identificado literatura nacional previa que evalué la relación de estas variables en pacientes de urgencias médicas, mientras que en literatura internacional se ha reportado que la ansiedad fue un factor de riesgo para el aumento de la ideación suicida (Huang et al., 2019) y el suicidio (Salman et al., 2014) , por el contrario, otro estudio reportó que la relación causal entre las variables fue estadísticamente no significativo y solo se asociaron cuando había otro problema de salud mental presente (Arias et al., 2016), no obstante , el primer estudio fue en pacientes hospitalizados en otros departamentos, mientras que en el segundo y tercer estudio utilizaron el análisis de regresión logística múltiple. Todo lo anterior da cuenta de las pocas investigaciones que hay en pacientes en salas de urgencias para poder contrastar tales resultados obtenidos (correlaciones) en esta investigación, por lo que se convierten en línea base para otros estudios en donde podría ser el objetivo de futuras investigaciones.

En relación con los resultados obtenidos de la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa, y riesgo de suicidio se encontró que un poco más de la mitad de los participantes tenían presencia de sintomatología tanto depresiva como ansiosa, 53.78% y 50.22% respectivamente. Mientras que el riesgo de suicidio se presentó en un nivel alto y moderado importante entre los pacientes hospitalizados en el Departamento de Urgencias Médicas, con un 9.77%, así como con un 22.67% de riesgo de suicidio leve. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a la sintomatología depresiva, ansiosa y el riesgo de suicidio.

Al respecto se puede observar que los resultados de la presencia de sintomatología depresiva evaluados en el presente estudio fueron mayores que lo reportado por el estudio multicéntrico de Castilla- Puentes et al. (2008), en el que encontraron un 30% de sintomatología depresiva, mientras que ocurrió lo mismo con lo reportado por Murillo et al. (2022), en el que hubo un 46.2% y 39.33% en HADS y MINI (modulo A y O), respectivamente. Asimismo, en lo que respecta a la sintomatología ansiosa se puede observar que la frecuencia fue mayor que lo reportado por Murillo et al., (2022), ya que encontraron menor presencia de ansiedad, 42.7% y 22.2%, en los dos distintos instrumentos, los cuales se mencionaron anteriormente. En otro estudio se encontró una frecuencia mayor de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes adultos que acuden al servicio de urgencias de un hospital general no gubernamental, 34.8% tenía ansiedad y 8.7% depresión, en comparación a la población general (Vilchis-Aguila., et al 2010), sin embargo, los porcentajes aún eran menores a lo que se encontró en el presente estudio, a pesar de utilizar el mismo instrumento de medición. Lo anterior quizá pueda deberse a la poca identificación del problema en el ámbito de urgencias médicas en México. Asimismo, quizá porque solo se midió síntomas del trastorno depresivo y del trastorno de ansiedad, pero no se

diagnosticó específicamente, por lo que se invita a que en el futuro se hagan estudios con una mejor precisión de ambas prevalencias.

Ahora bien, en lo que respecta a la literatura internacional, fueron similares los porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva, incluso que la sintomatología depresiva fuera mayor respecto a la prevalencia de sintomatología ansiosa. Todo lo anterior, es probable que se haya dado así porque, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) y el Estudio sobre Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo de 2019 (GBD) por sus siglas en inglés (2022) tanto la depresión como la ansiedad son altamente prevalentes o comunes en la población general (ambos sexos) a nivel mundial, en especial en los países de menos ingresos, debido a que la población está aumentando y a que más personas están llegando a la edad en que la depresión ocurre con mayor frecuencia, esto es, en la edad adulta entre los 55 y 74 años, por el contrario, la ansiedad tiene una tendencia a una menor prevalencia en los grupos de mayor edad. También es posible que sea similar debido a que los datos fueron recogidos en condiciones similares, es decir, en lo que respecta a un contexto hospitalario o con características del servicio de urgencias médicas, por ejemplo, con la presencia de estrés, y las características del hacinamiento (Moskop et al., 2009; Trzeciak & Rivers, 2003), así como factores sociodemográficos similares como el nivel de educación bajos; y que los participantes fueron hospitalizados por una enfermedad crónica (Anguiano et al., 2017; Arias et al., 2016; Castilla- Puentes et al., 2008; Huang et al., 2019). Asimismo, otra posible explicación estaría relacionada a los indicios que poco a poco se está trabajando para que haya un cambio en el modelo médico, es decir, del modelo biológico al modelo biopsicosocial, y que esto contribuya a que se presente cada vez más atención a los problemas psicológicos en los departamentos no psiquiátricos, incluso dentro de la infraestructura clínica y administrativa, donde un equipo de

psicología clínica de la salud brinde identificación y tratamiento de los trastornos mentales concurrentes entre pacientes hospitalizados que reciben atención médica y quirúrgica en hospitales generales o en el área de urgencias médicas (Landa- Ramírez y Murillo-Cruz, 2019; Scott et al., 2021).

Además, se ha encontrado que probablemente el tiempo prolongado de hospitalización genera síntomas clínicos como la ansiedad y la depresión, no obstante, se encontró que estos resultados pudieran ser más como producto de un estado (condición emocional transitoria) que se percibe como amenazante o peligroso para la integridad del paciente, ya que la estancia implica abandonar sus actividades laborales y cotidianas, y facilita una deshabitación así como la manifestación de conductas no adaptativas en el proceso de hospitalización (Benítez-Agudelo et al., 2016), también se ha encontrado que la ansiedad y la depresión disminuyeron de manera estadísticamente significativa, dos meses después de que los pacientes recibieran el alta hospitalaria (Costas et al., 2013). Al respecto, es probable que este fenómeno se repita en el área de urgencias, ya que en el presente estudio se tuvo una duración prolongada de hospitalización, en contraste se ha encontrado que en países latinoamericanos la estancia en urgencias es más prolongada, 72 a 120 horas y trae consigo consecuencias como probablemente mayor mortalidad (Obermeyer et al., 2015), sin embargo, se necesitan investigaciones que estudien la asociación entre el tiempo de hospitalización y la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes hospitalizados en urgencias médicas.

Mientras que, sobre el riesgo de suicidio moderado y alto se encontró que la presencia de la variable fue casi igual a lo reportado por Borges et al. (2000) donde encontraron una prevalencia del 7.7% de intentos de suicidio a lo largo de la vida en pacientes de urgencias de un hospital público general de la Ciudad de México. Mientras que con la presencia de riesgo de

suicidio leve se observó que en la literatura internacional se encontró un porcentaje algo similar, en el que encontraron 25.1% de ideación suicida en pacientes hospitalizados (Huang et al., 2019). A pesar de que en el presente estudio se evaluó el riesgo de suicidio en su amplio espectro (leve, moderado y alto), lo anterior puede deberse quizá, según diversos estudios, a que exista la posibilidad de un aumento de riesgo de suicidio debido quizá a la presencia de ideación suicida con plan, un intento de suicidio a lo largo de la vida, un intento interrumpido así como autolesiones no suicidas, es decir, que probablemente sean un factor de riesgo importante, o bien predictores de un intento de suicidio posterior o un suicidio consumado (Arias et al., 2016; Mars et al., 2019; Ribeiro et al., 2016) También puede deberse quizá al aumento de prevalencia de suicidios por año. Al respecto se encontró, en 2020, una tasa superior a la registrada en 2019, de 5.6 por cada 100 000 habitantes a 6.2 fallecimientos por cada 100 000 habitantes (INEGI, 2021). Con base a lo anterior y teniendo en cuenta que por cada adulto que muere por suicidio más de 20 intentaron suicidarse (OMS, 2021), es probable que pueda explicar la alta prevalencia de riesgo de suicidio en la muestra.

Además, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, sin embargo, en la literatura existen indicios sobre la posibilidad de una mayor proporción de mujeres que padecen de ansiedad y depresión en comparación con los hombres, al respecto se encontró que la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad (Martín et al., 2003), así como en población general a nivel mundial (GBD, 2022). Mientras que se han reportado en varias fuentes, en especial, en un estudio en el servicio de urgencias de un hospital general en México una diferencia importante entre el sexo, donde hubo una mayor prevalencia por intento de suicidio (52.6 %) del sexo femenino con respecto al sexo masculino (47.4 %), sin

embargo, los hombres consiguieron en mayor número consumar el suicidio (6.5%, $p < 0.05$) que las mujeres (0.8%, $p < 0.05$) (Coronado-Santos et al., 2004; Hernández Dávila, 2013; INEGI, 2021; OMS, 2019), por lo que quizá, el sexo masculino tenga un mayor riesgo de suicidio en esta población. Una posible explicación ante lo anterior descrito, es decir, esta diferencia entre lo encontrado en este estudio tanto con la literatura nacional como con la internacional podría deberse al tamaño de la muestra desigual de hombres y mujeres estudiada en la presente investigación, así como la falta de indicios en población hospitalizada en urgencias médicas.

En cuanto a las demás diferencias encontradas, se puede observar que todos los eventos estresantes en la vida del paciente, tales como un divorcio o separación, un problema legal como una detención, peleas familiares, cambios laborales, así como otras situaciones no se relacionaban a la sintomatología ansiosa sino, todo lo contrario, se encontraba más la presencia de sintomatología ansiosa cuando había ausencia de todas estas situaciones estresantes. No se encontró literatura donde haya sucedido algo similar, sin embargo, quizá el resultado anterior sucedió debido a que la propia situación de hospitalización esté generando un importante nivel de estrés, donde el paciente se ve sometido a una serie de rutinas (horarios de comida, sueño y visitas) y rodeado de terminología desconocida (Benítez-Agudelo et al., 2016), y que éste, esté utilizando todos sus recursos para generar respuestas adaptativas ante esta situación amenazante, y que por lo consiguiente, cause somatizaciones y sintomatología ansiosa y depresiva (Hernández Dávila, 2013). Sin embargo, faltaría evidencia suficiente para comprobar lo anterior, por ejemplo, indagar las principales fuentes de estrés dentro de urgencias médicas y la relación entre su estado actual (evaluación psicológica), así como las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes, es decir, ciertas formas de sentir, pensar o actuar cuando sus recursos se ven desbordados por los factores estresantes negativos del ambiente.

Conclusiones

Finalmente, a partir de la información obtenida se puede decir que hay una asociación entre la sintomatología ansiosa, depresiva y el riesgo de suicidio en los pacientes hospitalizados dentro de urgencias médicas. Además, se pudo conocer algunas de las características más importantes de la población, tanto clínicas como sociodemográficas, por lo que todo ello nos puede permitir tomar mejores decisiones clínicas en el contexto de urgencias médicas y contribuir a futuros esfuerzos para realizar valoraciones sistematizadas encaminadas a identificar sintomatología depresiva, ansiosa y el riesgo de suicidio, y con ello buscar opciones terapéuticas para estos pacientes. No obstante, estas asociaciones son débiles, por lo que se recomienda seguir haciendo evaluaciones futuras con el propósito de contribuir a la investigación de la psicología basada en evidencia.

Del mismo modo, es importante seguir con la detección de síntomas de ansiedad, depresión, y riesgo de suicidio y de otros factores relacionados al entorno de urgencias médicas como el consumo de alcohol y sus consecuencias (Borges et al., 2000), no solo a través de la investigación clínica sino como salud mental pública continua, estandarizada y regulada (Rangel-Malo et al., 2020). Por lo que se recomienda continuar con un seguimiento de la evolución de los mismos dentro del departamento de urgencias médicas como la psicoeducación, una historia clínica psicológica, así como valorar junto con los pacientes la importancia y los beneficios de su hospitalización, y posteriormente transmitir la información a la familia debido a que esta es el núcleo de apoyo básico del paciente para enfrentar este tipo de eventos. Asimismo, una derivación a instituciones psiquiátricas en los casos necesarios. (Benítez-Agudelo et al., 2016; Costas et al., 2013; Vilchis-Aguila., et al 2010). Además, tratamientos psicológicos como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la Terapia Dialectico Conductual (TDC), y la terapia de

resolución de problemas, que se han considerado evidencias prometedoras en la prevención del suicidio, así como la restricción al acceso de medios letales (Zalsman et al., 2016).

En cuanto a las limitaciones, en primer lugar, sería el diseño del estudio utilizado, el cual fue no experimental con enfoque transversal y alcance correlacional, que solo permite describir la frecuencia y las características de problemas de salud mental en una población, en un momento determinado del tiempo, así como el alcance correlacional entre dos o más variables, por lo que no puede llegar a haber una interpretación de una posible relación causa-efecto entre las variables estudiadas, en otras palabras, este estudio puede limitarse a establecer correlaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales (Argimon & Jiménez, 2013; Hernández et al., 2014) por lo que se recomienda utilizar un método estadístico multivariado, como la regresión lineal simple o múltiple, para comprender de manera más completa las relaciones entre estas variables (Hernández et al., 2014), ya que por lo general los estudios de correlación lineal preceden a la generación de modelos de regresión lineal, es decir, primero se analiza si ambas variables están correlacionadas y, en caso de estarlo, se procede a generar el modelo de regresión.

La segunda de las limitaciones es que no se llevaron a cabo otros análisis, ya que después de haber encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre dos variables (χ^2 cuadrada) y de haberlo contrastado con la literatura se cuestionó sobre sí la introducción de una tercera variable (llamada de control) como el tiempo de hospitalización o estrategias de afrontamiento, pueda, o no, modificar la existencia de esta relación, su naturaleza o su intensidad. Al respecto el análisis de tablas de contingencia multidimensionales ofrece la posibilidad de estudiar la realidad compleja y multidimensional que caracteriza a los fenómenos sociales, por lo que sería de utilidad para futuras investigaciones (López-Roldán & Fachelli,

2015). Asimismo, otra de las limitaciones fue, la sensibilidad del instrumento, en el caso de la subescala de riesgo de suicidio de la MINI, esto se debe a la falta de evaluaciones psicométricas con estandarización específica en el contexto mexicano y hospitalario, ya que podría haber diferencias conceptuales que afecten la validez de la medición, por ejemplo, en cuanto a la cultura (estadounidense y francesa) donde ha sido validada (Hernández et al., 2014; Sheehan et al., 1998). Es importante señalar que no puede considerarse como una bondad, a pesar de que el resultado sobre la consistencia interna fue aceptable para esta población, ya que existen criterios que brindan un marco de referencia para garantizar que se aborden cuestiones relevantes, según sea el caso. Por ejemplo, en aspectos que inciden en la confiabilidad, validez, así como en el desarrollo, revisión y corrección de un instrumento de evaluación (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, 2018). Cabe resaltar que lo anterior no estuvo entre los objetivos de este estudio, por lo que sigue siendo un desafío, y por esta razón se recomienda seguir con los criterios pertinentes en siguientes investigaciones.

Por último, otra de las limitaciones es que la evaluación a través de auto informe puede implicar un posible sesgo en las respuestas debido a la deseabilidad social, que se refiere al sesgo premeditado que se produce cuando los participantes contestan en función de lo que consideran socialmente aceptable o bien, presentan una peor imagen a la que se espera (Del valle y Zamora., 2022). Con base a lo anterior, quizá los pacientes pudieron contestar los instrumentos de modo que las respuestas correspondieran más a lo esperado en el ámbito hospitalario, es decir, quizá presentar una mayor incomodidad.

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, en este estudio se efectuó como bondad el cálculo de la muestra donde se consideró la fórmula para asociar dos o más variables

cuantitativas utilizando el coeficiente de correlación de Spearman y así una potencia estadística de 80%, confianza de 95% y potenciales pérdidas de pacientes hasta de un 20%. Esto permitió obtener una muestra que resultará representativa de la población objetivo, y así disminuir, de alguna forma, riesgos como cometer el error tipo I, que consiste en rechazar una hipótesis nula y el tipo II en aceptarla cuando es falsa (Argimon & Jiménez, 2013; Aguilar-Barajas, 2005).

Además, mientras que, pudiera pensarse que la evaluación a través de auto informe puede implicar posibles sesgos en las respuestas debido al estigma y a la falta de motivación por responder (Del valle y Zamora., 2022), es posible que no fue así en el presente estudio, quizá por el contexto en el que se encontraban inmersos los participantes, donde probablemente pudo haber disminuido la sensación de estigma asociado a las variables, y así, prestar más atención a sus emociones e informar al personal médico (Huang et al., 2019), y por lo consiguiente aumentar su motivación por responder. Finalmente, para disminuir el sesgo de la discapacidad social pudo haber influido que la evaluación fuera aplicada por psicólogos entrenados, así como que se tuviera especial cuidado para reiterar a los participantes responder con total honestidad (Del valle y Zamora., 2022).

Asimismo, otra de las bondades es la aprobación del protocolo por parte del Comité de Ética e Investigación (véase anexo 4), que se ocupa de establecer criterios dentro de la evaluación bioética de las investigaciones en salud y asegurarse que se cumplan de manera adecuada, para salvaguardar la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de los/ las participantes y de las comunidades donde se realiza la investigación (Vidal, 2017). Finalmente, se logró la evaluación a través de un instrumento exclusivo para entornos hospitalarios no psiquiátricos, con buenas propiedades psicométricas, tanto en la muestra investigada como en otros estudios (López- Alvarenga et al., 2002; Zigmond & Snaith, 1983), que busca medir la presencia o

ausencia de la sintomatología más común en personas hospitalizadas descritas por la literatura nacional e internacional semejantes a urgencias médicas. Finalmente, se logró la descripción y el análisis de las variables en el ámbito hospitalario, específicamente en servicio de urgencias psicológicas.

Referencias

- Abar, B., Holub, A., Lee, J., De Rienzo, 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>
- Aguilar-Barajas. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud [Archivo PDF]. *Salud en Tabasco*, 11(1-2), 333-338.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>
- Álvarez, A., Atienza, M., Canedo, M., Castro, B., Combarro, M., de las Heras, L., Gómez del Valle, García, C., González, G., Guitián, R., Maceira, R., Martínez, A., Mazaira, C., Mosteiro, Á., Pérez, M., Reijas, R., & Triñanes, P. (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento* [Archivo PDF].
<https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>
- American College of Emergency Physicians. (2021, enero). *Definition of Emergency Medicine*.
https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/definition-of-emergencymedicine/?fbclid=IwAR3_LwCGa9DbaphlXvdjwD_dCAbhH_sI5cFwGT429CmoZsyiParRqoKkW3U
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2018). *Estándares para pruebas educativas y psicológicas* [Archivo PDF] . Washington, DC: American Educational Research Association. (Original work published 2014)

- Anderson, P., Petrino, R., Halpern, P., & Tintinalli, J. (2006). The globalization of emergency medicine and its importance for public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(10), 835–839.
- Anguiano, S.S.A., Mora, M. M. A., Reynoso, E. L & Vega, V. C. Z. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados [Archivo PDF]. *Eureka: Asunción (Paraguay)*, 14(1), 24-38. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905744/eureka-14-1-9.pdf>
- Arango, D. A., López, B. S., Vera, N. D., Castellanos, S.E. Rodríguez, S. P., Rodríguez, F. M. (2018). Epidemiología de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria [Archivo PDF]. *Acta Médica del Centro*, 12(3), 262-272. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2018/mec183c.pdf>
- Argimon, P. J. M & Jiménez, V. J. (2013). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* [Archivo PDF]. (4ta ed.). Elsevier. https://www.academia.edu/24421999/M%C3%A9todos_de_investigacion_clinica_y_epidemiologica_4_ed_Josep_Argimon_Pall%C3%A1s
- Arias, S. A., Miller, I., Camargo, C. A., Sullivan, A. F., Goldstein, A. B., Allen, M. H., Manton, A. P., & Boudreaux, E. D. (2016). Factors Associated with Suicide Outcomes 12-months After Screening Positive for Suicide Risk in the Emergency Department. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(2), 206–213. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400513>
- Armelaños, 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>
- Arredondo, G. J., Carranza, R. N., Vázquez, C. M. y Rodríguez W. M. (2003). Transición

epidemiológica. *Acta Pediátrica de México*, 24(1), 46-56.

<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=13218>

Asociación Americana de Psicología [APA]. (2016, 1 de octubre). *Más allá de la preocupación: Cómo ayudan los psicólogos con los trastornos de ansiedad.*

<https://www.apa.org/topics/anxiety/disorders>

Azorina, V., Morant, N., Nesse, H., Stevenson, F., Osborn, D., King, M., & Pitman, A. (2019). The perceived impact of suicide Bereavement on specific interpersonal relationships: A qualitative study of survey data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph16101801>

Benítez-Agudelo, J.C., Barceló-Martínez, E.A. & Gelves-Ospina, M. (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico [Archivo PDF]. *Cirugía plástica ibero-latinoamericana*, 42(4), 391-398. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400012

Ben-Shachar, M., Makowski, D., Lüdtke, D., Patil, I. & Wiernik, B., (2020) Indices of effect size and standardized parameters (version 0.6.0.1) [Computer software]. R package. <https://easystats.github.io/effectsize/>

Borges, G., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., & Mondragón, L. (2000). Suicide attempts in a sample of patients from a general hospital. *Archives of Medical Research*, 31(4), 366–372.

[https://doi.org/10.1016/S0188-4409\(00\)00079-5](https://doi.org/10.1016/S0188-4409(00)00079-5)

Bullard, M. J., Unger, B., Spence, J., Grafstein, E., & CTAS National Working Group. (2008). Revisions to the canadian emergency department triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *CJEM*, 10(2), 136–151. <https://doi.org/10.1017/s1481803500009854>

- Campo-Arias & Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: La consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839.
- Carr, B. G., Kaye, A. J., Wiebe, D. J., Gracias, V. H., Schwab, C. W., & Reilly, P. M. (2007). Emergency department length of stay: A major risk factor for pneumonia in intubated blunt trauma patients. *The Journal of trauma*, 63(1).
<https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31805d8f6b>
- Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jimenez, T., Soto-Sanz, V., & Alonso, J. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37–48.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035>
- Castilla-Puentes, R., Secin, R., Grau, A., Galeno, R., De Mello, M. F., Castilla-Puentes, S., Castilla-Puentes, W., & Sanchez-Russi, C. A. (2011). A multicenter study of bipolar disorder among emergency department patients in Latin-American countries. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 42(1), 49–67.
<https://doi.org/10.2190/PM.42.1.d>
- Centros para el control y la prevención de enfermedades [CDC]. (2013). Emergency department visits by patients with mental health disorders—North Carolina, 2008-2010. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(23), 469–472.

- Centros para el Control y la prevención de enfermedades [CDC]. (2007). Nonfatal self-inflicted injuries among adults aged > or = 65 years—United States, 2005. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56(38), 989–993.
- Comtois, D., (2021) *R Package to Quickly and Neatly Summarize Data (version 1.0.0)*
[Computer software] R.package. <https://github.com/dcomtois/summarytools>
- Coronado-Santos, Díaz-Cervera, Vargas-Ancona, Rosado-Franco, Zapata-Peraza, Díaz-Talavera (2004). Prevalencia del intento de suicidio en el servicio de urgencias del hospital general “Dr. Agustín O’Horán”, de enero de 1998 a diciembre de 2003 [Archivo PDF]. *Revista Biomédica*, 15 (4), 207-213. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21480>
- Costas, G. M., Prado, R. V., & Crespo, I. J. M. (2013). Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol [Archivo PDF]. *Revista iberoamericana de psicología*, 1(107), 16-22.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394399>
- Chapman, A. L., & Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(5), 543–552. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.543>
- Crosby, A.E., Ortega, L. & Melanson, C. (2011). Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, 72 version 1.0 [Archivo PDF]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/self-directed-violence-a.pdf>
- Del valle, M. V & Zamora, E. V. (2022). El uso de las medidas de auto-informe: ventajas y limitaciones en la investigación en psicología [Archivo PDF]. *Alternativas en psicología*,

1(47), 22-35.

<https://www.alternativas.me/attachments/article/264/EI%20uso%20de%20las%20medidas%20de%20auto-informe.pdf>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* (New York, N.Y.), 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Esquivel, M. C. G., Buendía, C. F., Villa, H. F., Ontiveros, M. R., Velasco, R. V. M. & Martínez, M. J. A. (2007). Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados [Archivo PDF]. *Medicina Interna de México*, 23(6), 512- 516.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2007/mim076i.pdf>

Ferrando, L., Bobes, J., Gilbert, J., Soto, M. & Soto, O. (2000). MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en español 5.0.0 [Archivo PDF].

<http://www.academia.cat/files/425-7297->

[DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquatribaInternacional.pdf](#)

FitzGerald, G., Jelinek, G. A., Scott, D., & Gerdtz, M. F. (2010). Emergency department triage revisited. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 27(2), 86–92.

<https://doi.org/10.1136/emj.2009.077081>

Florence, C., Simon, T., Haegerich, T., Luo, F., & Zhou, C. (2015). Estimated lifetime medical and work-loss costs of fatal injuries—United States, 2013. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(38), 1074–1077. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6438a4>

Freeman, E. J., Colpe, L. J., Strine, T. W., Dhingra, S., McGuire, L.C., Elam-Evans, L.D., & Perry, G. S. (2010). Public health surveillance for mental health. *Prev Chronic Dis*, 7(1), 1-7. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/09_0126.htm

García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., & Daudén, E. (2016). Burnout

syndrome and demotivation among health care personnel. Managing stressful situations: The importance of teamwork. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 107(5), 400–406.

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.016>

Gentil, L., Grenier, G., Meng, X., & Fleury, M.-J. (2021). Impact of co-occurring mental disorders and chronic physical illnesses on frequency of emergency department use and hospitalization for mental health reasons. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 735005.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.735005>

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 11.0 update (4 ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.

Gilboy, N., Travers, D., & Wuerz, R. (1999). Re-evaluating triage in the new millennium: A comprehensive look at the need for standardization and quality. *Journal of Emergency Nursing*, 25(6), 468–473. [https://doi.org/10.1016/s0099-1767\(99\)70007-3](https://doi.org/10.1016/s0099-1767(99)70007-3)

Goldney, R. D. (2002). A global view of suicidal behaviour. *Emergency Medicine*, 14(1), 24–34. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2026.2002.00282.x>

González-Cabrera, J. M., Fernández-Prada, M., Iribar, C., Molina-Ruano, R., Salinero-Bachiller, M., & Peinado, J. M. (2018). Acute stress and anxiety in medical residents on the emergency department duty. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), E506. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030506>

Gore-Jones, V., & O’Callaghan, J. (2012). Suicide attempts by jumping from a height: A consultation liaison experience. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 20(4), 309–312.

<https://doi.org/10.1177/1039856212449672>

Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study [GBD] 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204

- countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet. Psychiatry*, 9(2), 137–150.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Greenwood-Ericksen, M. B., & Kocher, K. (2019). Trends in emergency department use by rural and urban populations in the United States. *JAMA Network Open*, 2(4), e191919.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.1919>
- Gvion, Y., & Levi-Belz, Y. (2018). Serious suicide attempts: Systematic review of psychological risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00056>
- Hermosillo-de-la-Torre, A. E., González-Forteza, C., Rivera-Heredia, M. E., Méndez-Sánchez, C., González-Betanzos, F., Palacios-Salas, P., Jiménez, A., & Wagner, F. A. (2020). Understanding suicidal behavior and its prevention among youth and young adults in Mexico. *Preventive Medicine*, 138, 106-177.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106177>
- Hernández Dávila S. (2013). Salud mental: Diagnóstico estadístico sobre la depresión y el estrés en las mujeres mexicanas. *Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género*, 1-22.
http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/ET_2013/04_SMDDES.pdf
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación* [Archivo PDF]. (6ta Ed.). McGraw-Hill; interamericana editores.
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hernández, Salazar. T., Figueroa, L. C., Ramos, D. B. & Diaz, B.L.A. (2014). Relación, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca.

- Psicología y Salud*, 24(1), 25-34. <https://doi.org/10.25009/pys.v24i1.717>
- Hooker, E. A., Mallow, P. J., & Oglesby, M. M. (2019). Characteristics and trends of emergency department visits in the United States (2010-2014). *The Journal of Emergency Medicine*, 56(3), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.12.025>
- Holland, J. C. (2018). Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, 27(5), 1364–1376. <https://doi.org/10.1002/pon.4692>
- Huang, M., Liu, Y., Wang, J., Mo, L., Wang, Y., Chen, L., Dong, Z., Guo, W., He, N., Chen, R., Luo, S., Yu, J., & Zhang, L. (2019). High rates of depression anxiety and suicidal ideation among inpatients in general hospital in China. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23(2), 99–105.
<https://doi.org/10.1080/13651501.2018.1539179>
- Hunter, C. M. (2016). Understanding diabetes and the role of psychology in its prevention and treatment. *The American Psychologist*, 71(7), 515–525. <https://doi.org/10.1037/a0040344>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2020). *Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre): Datos nacionales* [Archivo PDF].
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021). *Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre): Datos nacionales* [Archivo PDF].
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021). *Salud mental*.

- <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2021). *Los problemas de salud mental a consecuencia de la pandemia son atendidos por el IMSS*.
<https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202107/301>
- Instituto Nacional de Salud Mental [NIMH] (2018, febrero).
Depresión. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
- Kardaş, B., Kardaş, Ö., Özbaran, B., & Erermiş, H. S. (2017). The process of assessing adolescent patient who need liver transplant because of suicide attempt. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 18(0), 26–28. [DOI: 10.5455/apd.251258](https://doi.org/10.5455/apd.251258)
- Kim, H., Ryu, J. M., & Kim, H.-W. (2020). Characteristics and trends of suicide attempt or non-suicidal self-injury in children and adolescents visiting emergency department. *Journal of Korean Medical Science*, 35(33). <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e276>
- Kuriyama, A., Urushidani, S., & Nakayama, T. (2017). Five-level emergency triage systems: Variation in assessment of validity. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 34(11), 703–710. <https://doi.org/10.1136/emered-2016-206295>
- Landa-Ramírez & Murillo-Cruz. (2019). La necesidad de introducir un Programa Psicológico en la Medicina de Emergencias: experiencias tempranas en el campo [Archivo PDF]. *Revista de Educación e Investigación en Emergencias*, 1(3), 113-118.
DOI: 10.24875/REIE.19000025
- Liu, S. W., Thomas, S. H., Gordon, J. A., Hamedani, A. G., & Weissman, J. S. (2009). A pilot study examining undesirable events among emergency department-boarded patients awaiting inpatient beds. *Annals of Emergency Medicine*, 54(3), 381–385.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.02.001>
- López, A. O. (2020). *Segundo informe de gobierno* [Archivo PDF]. SEDESA.

<https://www.salud.cdmx.gob.mx/informes>

López, A. O. (2021). *Tercer informe de gobierno* [Archivo PDF]. SEDESA.

<https://www.salud.cdmx.gob.mx/informes>

López-Alvarenga, J. C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A. E., González-Barranco, J., & Salín-Pascual, R. J. (2002). [Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in a sample of obese Mexican patients]. *Revista De Investigación Clínica; Órgano Del Hospital De Enfermedades De La Nutrición*, 54(5), 403–409.

López-Roldán, P. & Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa* [Archivo PDF]. (1ª Ed). Bellaterra (Cerdanyola del Vallès): Dipòsit Digital de Documents, Universitat Autònoma de Barcelona. <http://ddd.uab.cat/record/131469>

Markwart, R., Saito, H., Harder, T., Tomczyk, S., Cassini, A., Fleischmann-Struzek, C., Reichert, F., Eckmanns, T., & Allegranzi, B. (2020). Epidemiology and burden of sepsis acquired in hospitals and intensive care units: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 46(8), 1536–1551. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06106-2>

Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: A population-based birth cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(4), 327–337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)

Martín, A. G., Soler, R. S., Picart, P. A., & Comas Casanovas, P. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Medicina Clínica*, 120(10), 370–375. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73707-5](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73707-5)

- Meyer, D., Dimitriadou, E., Hornik, K., Weingessel, A., Leisch, F., Chang, C., & Lim, C. (2021). *Misc Functions of the Department of Statistics, Probability Theory Group (Formerly: E1071) (version 1.7-9) [Computer software] TU Wien. R package*. <https://cran.r-project.org/web/packages/e1071/index.html>
- Moskop, J. C., Sklar, D. P., Geiderman, J. M., Schears, R. M., & Bookman, K. J. (2009). Emergency department crowding, part 1—Concept, causes, and moral consequences. *Annals of Emergency Medicine*, 53(5), 605–611. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.09.019>
- Murillo, C. J., Vidal V. E., Domínguez V. N., López G. A. y Landa R. E. (2022). Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en un departamento de emergencias. *Psicología y Salud*, 32(2), 195-202. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2>
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess, V., ... Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000123. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
- Obermeyer, Z., Abujaber, S., Makar, M., Stoll, S., Kayden, S. R., Wallis, L. A., Reynolds, T. A., & Acute Care Development Consortium. (2015). Emergency care in 59 low- and middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(8), 577-586G. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.148338>
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538.

- <https://doi.org/10.2307/3349375>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1978). *Atención primaria de salud* [Archivo PDF].
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible* [Archivo PDF]. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Archivo PDF]. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020, 30 de enero). *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 15 mayo). *Global burden of healthcare-associated infections*. https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Prevención del suicidio: un instrumento en el trabajo* [Archivo PDF].
https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, junio 17). *Suicide data*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018, 04 mayo). *World Health Statistics data visualizations dashboar: Suicide*. <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en#>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales*

- comunes. Estimaciones sanitarias mundiales* [Archivo PDF].
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Pérez-Tejada, H. E., & Medina, J. C. (2000). *Estadística para las ciencias sociales y del comportamiento* (2da. ed). Oxford University.
- Pérez-Tejada (2008). *Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y de la salud* [Archivo PDF]. (3ª ed.). Cengage Learning.
<https://www.uv.mx/rmipe/files/2015/09/Estadistica-para-las-ciencias-sociales-del-comportamiento-y-de-la-salud.pdf>
- Pita, F. S. & Pértega, D. S. (2001). Relación entre variables cuantitativas [Archivo PDF]. *Unidad de epidemiología clínica y bioestadística*, 4, 141-144.
https://www.fisterra.com/mbe/investiga/var_cuantitativas/var_cuantitativas2.pdf
- Polanco-González, C., C., Castañón-González., J.A., Buhse, T., Saraniego-Mendoza, J. L., Arreguin-Nava, R., & Villanueva-Martínez, S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149(4). 17-24
- Rangel-Malo, R. V., Molina-López, A., Jiménez-Tapia, A., López-Jiménez, L. A., Carriedo García-Morato, P., & González-Forteza, C. F. (2020). Changes after emergency assessment of suicidal patients: An unexpected outcome. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 1–16.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1845888>
- Reavell, J., Hopkinson, M., Clarkesmith, D., & Lane, D. A. (2018). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 80(8), 742–753.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000626>

- Restrepo, B. L. & González L.J. (2007). De Pearson a Spearman. *Revista Colombiana de Ciencias Pecuaria*, 20(2), 183-192. <https://www.redalyc.org/pdf/2950/295023034010.pdf>
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46(2), 225–236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
- Romero-Saldaña (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal [Archivo PDF]. *Revista Enfermería del trabajo*, 6(3), 105-114. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5633043.pdf>
- Salman, S., Idrees, J., Hassan, F., Idrees, F., Arifullah, M., & Badshah, S. (2014). Predictive factors of suicide attempt and non-suicidal self-harm in emergency department. *Emergency (Tehran, Iran)*, 2(4), 166–169.
- Santana, A., & Nieves, C. (2016). *Librerías en R. Departamento de Matemáticas. Departamento de Matemáticas, ULPGC ULPGC*. <https://estadistica-dma.ulpgc.es/cursoR4ULPGC/5-librerias.html>
- Scott, G., Beauchamp-Lebrón, A. M., Rosa-Jiménez, A. A., Hernández-Justiniano, J. G., Ramos-Lucca, A., Asencio-Toro, G., & Jiménez-Chávez, J. (2021). Commonly diagnosed mental disorders in a general hospital system. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00484-w>
- Secretaría de Salud de la CDMX. (2018). *Sexto informe de Gobierno* [Archivo PDF]. SEDESA. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/informes>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric

- interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl, 20, 22-33
- Sierra, J. C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés. Tres conceptos a diferenciar [Archivo PDF]. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Trzeciak, S., & Rivers, E. P. (2003). Emergency department overcrowding in the United States: An emerging threat to patient safety and public health. *Emergency Medicine Journal*, 20(5), 402–405. <https://doi.org/10.1136/emj.20.5.402>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers*, 5(1), 74.
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Vidal, S. (2017). *Comités de ética de la investigación* [Archivo PDF]. Programa para América Latina y el Caribe de Bioética y Ética de la Ciencia Programa de Filosofía Sector de Ciencias Sociales y Humanas de la UNESCO. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/comites-de-etica-de-la-investigacion>
- Vilchis-Aguila, Secín-Diep, López-Avila y Córdova-Pluma. (2010). Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias [Archivo PDF]. *Medicina interna de México*, 26 (1), 5-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim101b.pdf>
- Wallston, K. A. (1996). Healthy, wealth, and weiss: A history of division 38 (Health Psychology) [Archivo PDF]. <https://societyforhealthpsychology.org/wp-content/uploads/2016/07/DivHistory.pdf>

- Wang, J., Guo, W.-J., Mo, L.-L., Luo, S.-X., Yu, J.-Y., Dong, Z.-Q., Liu, Y., Huang, M.-J., Wang, Y., Chen, L., He, N., Chen, R., Zhang, L., & Li, T. (2017). Prevalence and strong association of high somatic symptom severity with depression and anxiety in a Chinese inpatient population. *Asia-Pacific Psychiatry. Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 9(4). <https://doi.org/10.1111/appy.12282>
- Zabel, T. A., Slomine, B., Brady, K., & Christensen, J. (2005). Neuropsychological profile following suicide attempt by hanging: Two adolescent case reports. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 11(4), 373–388. <https://doi.org/10.1080/09297040490916965>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet. Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zuckerman, M. K., Harper, K. N., Barrett, R., & Armelagos, G. J. (2014). The evolution of disease: Anthropological perspectives on epidemiologic transitions. *Global Health Action*, 7. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23303>

Anexos.

Anexo 1. Evaluación Psicológica.



Evaluación del paciente usuario del área de Urgencias

Fecha:	Hora de inicio:	Hora de término:	Folio:
Psicólogo que evalúa:			
Psicólogo responsable:			

Datos del paciente

Nombre:		Edad:	Expediente:			
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:	Sexo:			
Escolaridad:		Lugar de residencia:				
Ocupación:		Nivel socioeconómico:				
Teléfono:		Religión:				
Fecha de ingreso:		Cama:	Número de reingresos en el último año:			
Fecha de egreso:		Tiempo total de hospitalización:				
Motivo de egreso de urgencias:						
Alta	Canalización a torre de especialidades	Defunción				
En caso de canalización , especificar:		Fecha de ingreso:	Fecha de egreso:			
Diagnóstico:		Pronóstico:				
		Bueno	Malo	Reservado		
¿El paciente fue referido por área médica?		Sí	No			
En caso afirmativo , especificar cuál fue el motivo de referencia:						
En caso negativo , especificar motivo de evaluación:						
Comentarios:		Medidas fisiológicas relevantes para el padecimiento del paciente				
		HbA1c	TA	FC	FR	SO ²

Datos del cuidador principal

Nombre del familiar o responsable:	
Parentesco:	Teléfono/Celular:
Lugar de residencia (Ciudad / delegación o municipio)	Ocupación:
Observaciones	



Entrevista Inicial

Motivo de ingreso a Urgencias				
Pronóstico y diagnóstico (¿Qué sabe el paciente?)				
¿Con quién vive actualmente?			¿Cuántas personas viven con el paciente?	
Tipos de apoyo que recibe el paciente				
<i>Parentesco</i>	<i>Emocional</i>	<i>Informativo</i>	<i>Instrumental</i>	<i>Desde cuándo (días, meses o años)</i>
Relate un día normal (autocuidado)				
<i>Horas de sueño:</i>	<i>¿Siente que descansó cuando despierta?</i>	<i>Número de comidas al día:</i>	<i>Actividades recreativas:</i>	
	<i>Sí</i> <i>No</i>			
<i>Actividad física:</i>		<i>Consumo de sustancias:</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
		<i>Alcohol</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Otras:</i>
En caso de tomar medicamentos:				
<i>Medicamentos que toma:</i>			<i>¿Sigue las indicaciones médicas? (Dosis, frecuencia, horario)</i>	
			<i>Sí</i>	<i>No</i>
¿Alguna vez ha tomado terapia psicológica, psiquiátrica u otro apoyo emocional?			Sí	No
<i>Diagnóstico:</i>			<i>Tratamiento:</i>	
			<i>Psicológico</i>	<i>Farmacológico</i>



<i>En caso de recibir tratamiento farmacológico, indicar el tipo de fármaco:</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>Otros</i>		
<i>No se acuerda</i>		
<i>¿Existe o existió alguien en su familia que haya sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico?</i>	<i>¿Quién y diagnóstico?</i>	
<i>Sí</i>	<i>No</i>	
<i>¿Ha pasado por alguna de las siguientes situaciones en el último año? /especificar</i>		
<i>()</i>	<i>Fallecimiento de algún miembro de su familia</i>	
<i>()</i>	<i>Divorcio/separación</i>	
<i>()</i>	<i>Diagnóstico de enfermedades graves</i>	
<i>()</i>	<i>Problemas legales/detenciones</i>	
<i>()</i>	<i>Peleas/riñas familiares graves</i>	
<i>()</i>	<i>Cambios laborales</i>	
<i>()</i>	<i>Cambios de domicilio</i>	
<i>()</i>	<i>Otros</i>	

Anexo 2. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).



HADS

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

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

Anexo 3. Subescala riesgo de suicidio de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional



Riesgo de suicidio

A veces, cuando nos sentimos muy tristes y desesperados, no sabemos qué hacer y podemos llegar a pensar en la utilidad y valor de la vida o que sería mejor dejar de existir. Tomando en cuenta esto, a continuación voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con esta forma de pensar y de sentirse. Por favor conteste indicando la opción con la que mejor se identifique durante este **último mes**.

	Sí	No	Puntos
1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto?			1
2. ¿Ha querido hacerse daño?			2
3. ¿Ha pensado en el suicidio?			6
4. ¿Ha planeado cómo suicidarse?			10
5. ¿Ha intentado suicidarse?			10
6. A lo largo de su vida, ¿alguna vez ha intentado suicidarse?			4

Anexo 4. Consentimiento Informado para el paciente usuario de urgencias médicas

0236

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Formato para el paciente
(3ª versión) (02-04-2019)

COMITES DE INVESTIGACION Y DE ÉTICA EN INVESTIGACION
03 ABR 2019
REGISTRO
21-152-2019

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 _____

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado _____

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador, así mismo es obligatorio integrar al expediente clínico una copia del mismo, anexando una nota donde se especifique que el sujeto de estudio 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 Weinger al (01 55) 4000-000 Ext-8233.

Vigencia: 30 de junio del 2019

