



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN  
PACIENTES DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA  
GONZÁLEZ**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

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

**JUAN LUIS MURILLO CRUZ**

**JURADO DE EXAMEN**

**DIRECTOR: DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ**

**COMITÉ: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ**

**MTRO. ÁNGEL FRANCISCO GARCÍA PACHECO**

**MTRA. KARINA SERRANO ALVARADO**

**LIC. ENRIQUETA CECILIA RUEDA BOLAÑOS**



**CIUDAD DE MÉXICO**

**ABRIL, 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Agradecimientos

No hay nadie a quien pueda agradecer más por todo el apoyo y el amor que han dado que a mis padres, José Luis y Margarita. No sólo me han acompañado en este proceso, sino que desde el primer momento de mi vida han estado guiándome por este camino que llamamos vida. Todo lo que soy se lo debo a ellos.

A mis hermanos, Arturo y Diana, les agradezco por su compañía, sus consejos y su cariño pero sobre todo, gracias por ser parte de mi vida.

Al Mtro. Ángel García y a la Mtra. Karina Serrano, ellos fueron los primeros profesionales que me enseñaron que existe otra psicología, la que está más allá de un diván, la que hace ciencia pero sobre todo, la que es capaz de ayudar a las personas en su vida cotidiana.

Al Dr. Edgar Landa, le agradezco por la confianza y el consejo, aun siendo yo un extraño de tierras lejanas. Le reconozco su compromiso con la profesión y su calidad como persona.

A mis queridos residentes: Esme, Lalo y Nadia. No sólo me han enseñado práctica clínica e investigación, también me han ayudado a ser mejor persona pero sobre todo, se han convertido en mis amigos.

A mis compañeros Brenda, Fer, Jenni, Liz y al resto del equipo de Psicología de Urgencias, que han sido una pieza clave de este trabajo y que con su compañía han hecho del infierno de la tesis una experiencia muy agradable.

A mi amada Brenda, porque su amor me ha acompañado estos últimos años y cada vez me alienta a ser mejor profesional pero sobre todo, mejor persona.

Finalmente quiero agradecer al Dr. Antonio López, un médico de gran calidad que ha confiado arduamente en el trabajo que el psicólogo puede desempeñar en un servicio de urgencias.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	4
<b>Abstract</b> .....	5
<b>Capítulo 1: Psicología de la salud</b> .....	6
<b>Capítulo 2: Ansiedad, depresión y apoyo social percibido en pacientes hospitalizados de urgencias</b> .....	17
<b>Capítulo 3: Método</b> .....	33
<i>Participantes</i> .....	33
<i>Criterios de inclusión</i> .....	33
<i>Criterios de exclusión</i> .....	33
<i>Diseño de la investigación</i> .....	33
Variables.....	34
<i>Instrumentos</i> .....	36
<i>Procedimiento</i> .....	38
<i>Escenario</i> .....	39
<i>Plan de Análisis de Datos</i> .....	39
<b>Resultados</b> .....	40
<b>Discusión</b> .....	47
<b>Referencias</b> .....	53
<b>Anexo 1</b> .....	66

## **Resumen**

El objetivo de esta investigación fue identificar el grado de correlación entre el apoyo social y la presencia de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del servicio de urgencias. El diseño fue no experimental, transversal y correlacional. Participaron 90 pacientes hospitalizados, de los cuales 40% eran hombres y 60% eran mujeres con una edad media fue de 42.7 años (D.E.=16.03). Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria que detecta los síntomas psicológicos de ansiedad y depresión, y los módulos de la Mini Entrevista Neuropsiquiatría Internacional que evalúan Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad generalizada; el apoyo social se evaluó con el Cuestionario MOS de apoyo social. Se encontró que el 44.4% de los participantes presentaron síntomas psicológicos de depresión y el 43.3% síntomas psicológicos de ansiedad. Por otro lado, el 40% presentaron Episodio Depresivo Mayor, mientras el 20% Trastorno de Ansiedad generalizada. Los puntajes de apoyo social reportados por los pacientes refieren que existe perciben un apoyo social alto. Los resultados mostraron que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de apoyo social y la presencia de ansiedad y depresión. Estos hallazgos permiten concluir que la presencia de ansiedad y depresión en pacientes de urgencias no se relaciona con el apoyo que reciben por parte de su red social. Las investigaciones futuras deberán estar orientadas a ampliar el conocimiento sobre la salud mental en los servicios de atención primaria, como el departamento de urgencias, lo cual permitirá una detección temprana e intervención oportuna sobre problemas que podrían estar afectando la salud.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, apoyo social, urgencias, salud mental

## **Abstract**

The aim of this study was to identify the relationship among anxiety, depression and social support in hospitalized patients of the emergency service. This was a non experimental, cross-sectional study. A total of 90 patients were assessed in the study, 40% were men and 60% were women; the mean age was 42.7 years. In order to identify the presence of anxiety and depression, the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Mini International Neuropsychiatric Interview were used, the former assess the presence of psychological symptoms and the latter assess the presence of major depressive episode and anxiety generalized disorder. The social support was assessed with the MOS social support survey. The 44.4% of the patients were positive for presence of psychological symptoms of depression and 43.3% for psychological symptoms of anxiety. Major depressive episode was present in 40% of the patients while anxiety generalized disorder was present in only 20% of the patients. The social support reported by the patients shows a high perception of social support. The results shows that there is not a significant association among anxiety, depression and social support. Future research should be oriented to extend the knowledge about mental health in primary care. This may improve the early detection and treatment about problems that are threatening the health

**Keywords:** anxiety, depression, social support, emergency, mental health

## Capítulo 1: Psicología de la salud

La incorporación de la psicología en el ámbito de la salud ha sido un proceso que tiene su origen en la reformulación del concepto mismo de salud. De acuerdo con la declaración de Alma-Ata, la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (Organización Mundial de la Salud, 1978). La definición anterior reconoce que el modelo biomédico adoptado por la medicina resulta insuficiente para atender los problemas actuales en materia de salud, ya que adopta una postura dogmática donde la enfermedad se reduce a un conjunto de perturbaciones a nivel somático y cualquier padecimiento que no tenga su origen en una alteración orgánica no puede ser considerado como enfermedad, y por lo tanto, no concierne a la medicina (Engel, 1977).

Es importante reconocer que en el surgimiento y desarrollo histórico de la medicina como ciencia, la teoría y la práctica médica buscaron dar solución a las problemáticas de salud de acuerdo con las necesidades específicas de cada época, por lo cual, el modelo biomédico no es producto de una negligencia teórico metodológica de los científicos que han contribuido al campo de la medicina, por el contrario, se parte del principio de que antes que el pensamiento científico, existe un sistema de creencias compartidas culturalmente que afecta la perspectiva desde la cual se analizan los fenómenos en la ciencia.

Partiendo de la teoría de la transición epidemiológica, que busca describir y explicar los cambios en los patrones de salud y enfermedad y su interacción con los factores demográficos, económicos y sociales, así como las consecuencias de estas interacciones

(Omran, 1971), se puede inferir que la construcción del modelo biomédico obedeció al comportamiento de los patrones de salud y enfermedad que predominaban durante su desarrollo.

Ahora bien, la teoría de la transición epidemiológica se basa en 5 principios que explican el cambio en los patrones de salud y enfermedad (Omran, 1971):

Principio 1: La mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de la población. En este sentido se considera que la transición epidemiológica comenzó cuando los patrones de mortalidad se alteraron de manera significativa y continua, teniendo un impacto directo en el incremento del tamaño de la población.

Principio 2: Durante la transición, ocurrió un cambio a largo plazo en los patrones de salud y enfermedad, en donde las pandemias por infecciones fueron desplazadas por las enfermedades crónico-degenerativas como principal causa de mortalidad. Omran sugiere que han existido tres etapas en la transición epidemiológica. En la etapa de la peste y la hambruna el índice de mortalidad era alto debido a las infecciones, la guerra y la hambruna, posteriormente, en la etapa de disminución de las pandemias, la muerte por infecciones comenzó a decrecer y la esperanza de vida incrementó, permitiendo un crecimiento exponencial en la población. Finalmente, en la etapa de las enfermedades degenerativas y creadas por el hombre, la mortalidad debido a enfermedades crónico degenerativas fue predominante y la esperanza de vida al nacer superó los 50 años.

Principio 3: Durante la transición epidemiológica, los cambios más profundos en los patrones de salud y enfermedad que se obtienen son hacia los infantes y las mujeres jóvenes. Uno de los más resultados más notorios de la transición de enfermedades

infecciosas a enfermedades crónico degenerativas es el aumento de la esperanza de vida, lo cual se refleja en que los infantes y las mujeres jóvenes disminuyen sus índices de mortalidad, lo cual tiene un impacto directo al crecimiento exponencial de la población.

Principio 4: Las variaciones en los patrones de salud y enfermedad que caracterizan a la transición epidemiológica están estrechamente asociadas con las transiciones demográficas y económicas que constituyen la modernización. Por un lado, la disminución de la mortalidad de mujeres en edad reproductiva y la mortalidad infantil propició que se presentara un efecto contrario sobre la natalidad, esto es, una menor tasa de nacimientos por cada 100,000 habitantes. Por otro lado, el incremento del número de infantes que logró llegar a una edad madura provocó un aumento en la productividad económica de la población.

Principio 5: Variaciones peculiares de los patrones, el ritmo de cambio, los determinantes y las consecuencias del cambio de la población permiten diferenciar tres distintos modelos de transición epidemiológica: El modelo clásico u occidental, el modelo acelerado y el modelo retrasado. En esencia, los tres modelos se basan en que existe una disminución de la mortalidad y la fertilidad. La particularidad del modelo clásico reside en que la transición ha sido paulatina, tomando uno o dos siglos en ocurrir, mientras que el modelo acelerado se caracteriza por lograr la transición en décadas. El modelo retrasado resulta ser una transición que ha comenzado pero no ha completado, donde los niveles de mortalidad han comenzado a disminuir pero la fertilidad no ha seguido la tendencia a la baja y aún existen problemas de mortalidad infantil.

En conjunto, los principios en los que Omran sustenta la transición epidemiológica muestran que la salud y la enfermedad no resultan estar aislados de otros fenómenos sociales. En apoyo a lo anterior, la perspectiva evolutiva de la transición epidemiológica sugiere que los cambios en las relaciones de producción y en la organización social han sido las principales causas de la transición epidemiológica, donde se propone que la especie humana ha sufrido tres transiciones epidemiológicas que han marcado los cambios en la salud y la enfermedad. (Armelagos, Brown, & Turner, 2005).

En primer lugar, para comprender la transición epidemiológica actual es necesario pensar en el paleolítico como línea base, donde las características propias de estas poblaciones, como la alimentación basada en la caza-recolección y el ser pueblos nómadas, no permitieron que las infecciones contagiosas fueran un problema de salud. De este modo, la primera transición epidemiológica comenzó con la domesticación de los animales y el desarrollo de la agricultura, ya que los grupos humanos sustituyeron el ser nómadas por el sedentarismo, situación que implicó cambios no sólo en el tipo de alimentación sino que llevó a una modificación del ambiente provocando urbanización y el incremento en la densidad de la población, lo que resultó en una mayor exposición a parásitos, virus y desechos que aumentaron el riesgo de enfermarse por infecciones y provocó pandemias infecciosas y un aumento en la mortalidad. Cabe mencionar que Armelagos, Brown y Turner (2005) destacan que la industrialización ha desencadenado una exposición diferenciada a la enfermedad dentro de los miembros de la sociedad, siendo los estratos más pobres los que han estado más expuestos a factores de riesgo para contraer alguna enfermedad.

La segunda transición epidemiológica comienza cuando existe una disminución de la mortalidad a causa de enfermedades infecciosas debido a los avances tecnológicos y culturales, lo que resulta en una mayor esperanza de vida al nacer y genera que mayores segmentos de la población alcancen la vejez, trayendo consigo un aumento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas. Por último, la tercera transición epidemiológica se presenta cuando existe un resurgimiento de las enfermedades infecciosas, que tienen como características primordiales ser resistentes a múltiples antibióticos y poseen un impacto global coexistiendo con las enfermedades crónico-degenerativas como principales causas de mortalidad en la población (Armellagos et al., 2005).

Una teoría sugiere que el resurgimiento de las enfermedades infecciosas se debe a una interacción compleja entre factores relativos a los cambios y adaptaciones de los agentes infecciosos, el cambio en los ecosistemas, la demografía y el comportamiento humano, el cambio climático, desarrollo económico, comercio y viajes internacionales, los problemas de los sistemas de salud, la pobreza y desigualdad social, la hambruna y las guerras, la susceptibilidad humana a la infección, el avance tecnológico y la industrialización, los intentos deliberados por ataques biológicos y la ausencia de políticas públicas en materia de salud (Institute of Medicine, 2003)

Retomando lo expuesto anteriormente, debemos tener presente que en las poblaciones humanas el desarrollo social, económico, político y demográfico no ha sido homogéneo a través de la historia, por lo cual, la realidad es distinta en cada población. Lo anterior resulta una limitante si pensamos en la definición de salud de Alma-Ata, pues lograr un estado de completo bienestar físico, mental y social representa un objetivo irreal

considerando que la naturaleza del funcionamiento de la sociedad moderna no permite la igualdad de condiciones para todos los sujetos de una población, y por lo tanto, la misma oportunidad para acceder a las condiciones que favorezcan un estado saludable.

Dentro de este contexto, otra propuesta menciona que considerar a la salud en términos absolutos y objetivos es un error, es decir, no debería ser pensada como algo que se posee o no, por el contrario, propone que la salud abarca aspectos subjetivos y objetivos. Los primeros se refieren a la alegría de vivir, el bienestar mental y social, mientras que los segundos hacen referencia a la capacidad para la función y los aspectos sociales como la adaptación y trabajo socialmente productivo (San Martín, 1992).

A pesar de las diversas críticas a las que ha sido objeto la definición clásica de salud, se debe resaltar el reconocimiento que se le ha dado a los factores psicosociales dentro de este complejo fenómeno, prestando especial atención a las múltiples causas que pueden derivar en un estado de salud o enfermedad.

Como se ha mencionado, la medicina busca atender las necesidades que los problemas de salud le exigen, por lo cual, el modelo biomédico es obsoleto debido, entre otras cosas, a que adoptó una postura dogmática en cuanto al concepto de enfermedad, ya que no sólo ignoró por completo aquellos otros componentes del continuo de salud-enfermedad, sino que excluyó de la práctica médica aquellos padecimientos que no encontraban su origen en lo somático. Así, se abrió una brecha en donde el reduccionismo que caracteriza al modelo biomédico excluía del dominio de la medicina a aquellas enfermedades orgánicas, comportamentales o padecimientos mentales que no pudieran ser explicados a través de la alteración a un nivel bioquímico. Aunado a lo anterior, los

exclusionistas, una corriente más ortodoxa del modelo biomédico, consideraba que existen alteraciones o padecimientos que no pueden ser explicados en su origen y por lo tanto no pueden ser considerados como enfermedades debido a que no se pueden aislar sus elementos, y por tanto, deben ser excluidos del campo de la medicina (Engel, 1977).

De modo que el modelo biopsicosocial surge como respuesta a la necesidad de encontrar una alternativa al modelo biomédico. Este modelo considera que una alteración bioquímica no es condición suficiente para considerar a una persona enferma, por el contrario, existen personas con alteraciones a este nivel que no reportan algún tipo de malestar o viceversa, por lo cual es importante explorar cómo es que las personas experimentan y se ven afectadas por una condición pero además se debe conocer información acerca de los factores psicosociales, culturales y comportamentales que pueden estar interviniendo en la salud y que llevan a una persona a considerarse o ser considerada como enferma y buscar ayuda médica hasta convertirse en un paciente (Engel, 1977).

En este sentido, se plantea que la sola presencia de las causas necesarias para producir una condición de enfermedad no es suficiente para desencadenarla, debido a que existe un carácter activo del “huésped” que lleva necesariamente a considerar la dimensión psicológica y cómo ésta puede tener un efecto directo hacia la resistencia o susceptibilidad ante un “agente” que causa una enfermedad (Morales, 1997).

Tomando en cuenta estas proposiciones, el campo de la salud comienza a ser un espacio interdisciplinario donde se busca integrar el conocimiento y las técnicas derivadas de otras ciencias, específicamente de la psicología. Así, con precedentes como la

psicología clínica, la medicina conductual, la psicología médica y comunitaria, la psicología de la salud surge como un área dentro de la psicología que suma las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología en la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones relacionadas (Matarazzo, 1980).

La definición anterior ilustra cómo la psicología entra al campo de la salud para hacer aportes a la solución de las problemáticas que presenta el sistema de salud a partir de las propias competencias de los psicólogos en la investigación y la práctica con el fin de realizar intervenciones a nivel individual, grupal, poblacional y organizacional (Stone, 1988). Ahora bien, es importante considerar que la psicología de la salud pone especial énfasis en el comportamiento, considerando que las variables asociadas a este pueden oscilar desde el extremo de conductas de prevención o factores protectores que llevan al mantenimiento de la salud hasta el extremo donde se presentan las conductas de riesgo o factores de riesgo que llevan a un estado patogénico (Sánchez-Sosa, 1998).

En sus inicios, la psicología de la salud comenzó con aportaciones en temas relacionados con enfermedades cardíacas, control de diabetes, control del pánico, disfunciones sexuales, abuso de alcohol, problemas psicológicos asociados al cáncer y el VIH, entre otros (Holtzman, Evans, Kennedy, & Iscoe, 1987; Matarazzo, 1980). A lo largo de su evolución, los alcances que ha tenido la psicología de la salud se han ampliado desde el nivel de atención primario, donde se han implementado estrategias para la promoción de la salud, como la planificación familiar, y la prevención de enfermedades, como campañas

contra el tabaquismo o las adicciones hasta los cuidados paliativos y el bien morir (Nicassio, Meyerowitz, & Kerns, 2004; Sánchez-Sosa, 1998; Stone, 1988).

Así, el trabajo del psicólogo en el campo de la salud ha alcanzado los tres niveles de atención a la salud: en el nivel primario de atención se brindan intervenciones orientadas a la prevención y promoción de la salud, en el nivel secundario se realiza la evaluación, diagnóstico y rehabilitación, y finalmente, en el nivel terciario el rol del psicólogo corresponde a un equipo de trabajo interdisciplinario que responde a las necesidades de los pacientes que padecen alguna enfermedad crónico degenerativa como cáncer, dolor crónico, enfermedades cardiacas, entre otras (Wahass, 2005).

En este sentido, en el contexto hospitalario la actividad de los psicólogos se ha ampliado. En sus inicios, la psicología estaba relacionada únicamente con el área de psiquiatría, mientras que en la actualidad la actividad psicológica se encuentra en los principales servicios médicos como oncología, pediatría, cardiología, transplantología, cuidados intensivos, medicina interna, cirugía bariátrica, cuidados paliativos y nutrición clínica (Morales, 1997).

No obstante, se debe reconocer que aún existen servicios o especialidades médicas donde no se han generado equipos de trabajo que apliquen los principios del modelo biopsicosocial de la salud. Un ejemplo claro de lo anterior es el servicio de urgencias médicas, donde hasta años recientes no se había considerado la necesidad de la implementación la intervención y práctica psicológica como parte de la atención a los pacientes que presentan una urgencia médica (Cunha, Soares-Oliveira, & Pereira, 2009; Downey, Zun, & Burke, 2012).

Es de manera reciente que a nivel internacional se han realizado investigaciones donde se ha descrito a la población del servicio de urgencias y además donde se han logrado identificar algunas necesidades propias de esta población. Se ha encontrado que algunos pacientes del servicio de urgencias presentan ansiedad, depresión, abuso de sustancias, baja adherencia al tratamiento de alguna enfermedad, crisis emocionales, ataques de pánico, intentos suicidas, entre otros (Babeva, Hughes, & Asarnow, 2016; Bonin-Guillaume et al., 2015; Eken et al., 2010; García Pacheco, Calderon Marquez, & Serrano Alvarado, 2010; Marchesi et al., 2004; Weiss, Barrett, Heslin, & Stocks, 2016).

Hasta aquí se ha mencionado cómo la psicología de la salud ha tenido un desarrollo exponencial dentro de las últimas 4 décadas, logrando importantes avances dentro de los tres niveles de atención a la salud en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes que ya tienen algún padecimiento de distintas especialidades médicas pero además también se han logrado avances en la promoción y prevención de la salud. A pesar de estas contribuciones y de los datos existentes, en el área de las urgencias médicas existe un campo poco explorado con respecto a la dimensión psicológica de la salud, por lo cual, la investigación resulta un punto medular debido a que por sí mismo urgencias es un servicio de atención inmediata, lo cual hace que los procesos de atención y características del servicio lo distinguan de cualquier otra especialidad, así, resulta necesario contribuir a la identificación de perfiles y necesidades psicológicas de los usuarios del servicio de urgencias, lo que permitirá diseñar estrategias que tengan como meta brindar un servicio de mayor calidad.

Así, el objeto del presente escrito es presentar un trabajo, a guisa de ejemplo, de cómo el psicólogo puede identificar factores psicológicos como la ansiedad y depresión y su posible

asociación con el apoyo que perciben cuando se encuentran hospitalizados del servicio de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Es importante mencionar que este trabajo surge de la experiencia en la atención de pacientes hospitalizados de dicho hospital, donde la presencia de ansiedad y depresión son condiciones recurrentes, y dónde la necesidad de conocer qué factores están asociados a estos padecimientos resulta de vital importancia para poder entender los mismos y posteriormente, generar rutas de intervención que permitan atender este fenómeno.

## **Capítulo 2: Ansiedad, depresión y apoyo social percibido en pacientes hospitalizados de urgencias**

Una urgencia médica se refiere a cualquier situación clínica de causas diversas y con distintos grados de severidad que representa un problema de salud para una persona y que requiere de atención médica inmediata, ya que puede verse comprometida la vida, la pérdida de un órgano o alguna función (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010; Secretaría de Salud, 1998). Los servicios que ofrece la medicina de urgencias es la evaluación inicial, el diagnóstico, el tratamiento y la coordinación de los servicios de salud para garantizar la atención rápida a cualquier paciente con una urgencia médica, quirúrgica o psiquiátrica (Colegio Americano de Médicos de Urgencias [American College of Emergency Physicians], 2015). Dentro de este servicio se ofrecen cuidados a todos los grupos de edad que requieren atención debido a problemas de salud agudos, heridas o lesiones (Norton, Von Schreeb, Aitken, Herard, & Lajolo, 2013).

El Colegio Americano de Médicos de Urgencias (American College of Emergency Physicians) establece que los médicos que trabajan en el servicio de urgencias deben tener un entrenamiento especializado para el manejo de urgencias médicas, además de resaltar que deben de estar disponibles en todo momento para brindar atención cuando se requiera (Mahadevan & Garmel, 2005; Suter, 2012).

Dentro del servicio de urgencias el triage es una herramienta que se utiliza con el propósito de clasificar a los pacientes de acuerdo a la severidad de la urgencia que presentan, lo que permite identificar a aquellos pacientes que necesitan atención médica de manera inmediata y a aquellos que pueden esperar para ser atendidos (Bernstein et al., 2003; Gilboy, Tanabe, Travers, & Rosenau, 2011).

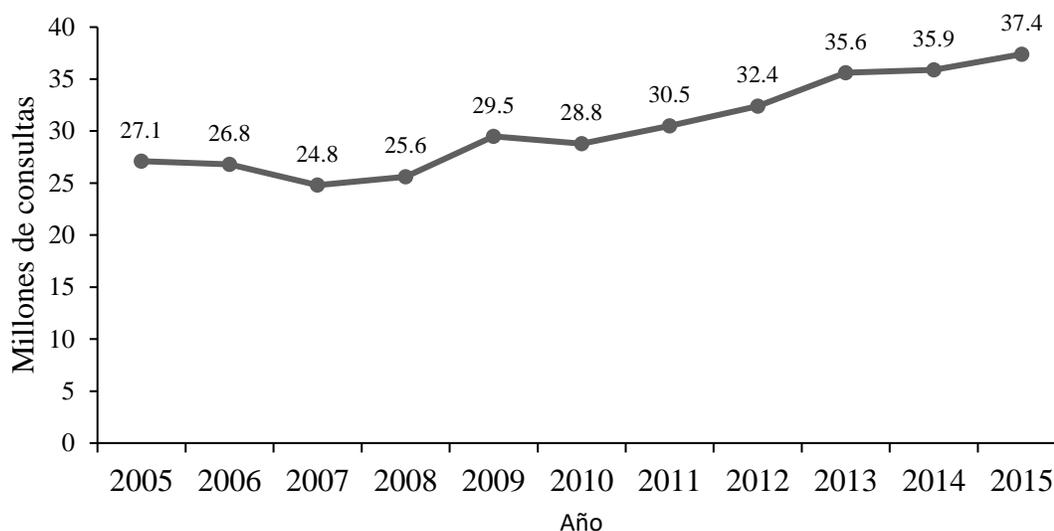
Las urgencias se clasifican en 3 grupos de acuerdo a su nivel de prioridad de la atención (Reyes-Flores & Grimaldo-Loredo, s/f; Sosa-Acosta, 2004) a saber:

- Prioridad 1: está en riesgo la vida del paciente o la integridad de un órgano o extremidad, por lo cual se debe de atender de manera de inmediata para evitar fallas en los índices vitales.
- Prioridad 2: existe un problema identificado pero no compromete de manera inmediata la vida del paciente, existe una estabilidad respiratoria, hemodinámica y neurológica.
- Prioridad 3: se atribuye a pacientes con estabilidad respiratoria, hemodinámica y neurológica con problemas agudos pero que no comprometen su vida y que no presentan riesgos de la pérdida de estabilidad.

Adicionalmente se agrega la categoría no es una urgencia o urgencia sentida, para designar aquellas situaciones donde sólo es una urgencia para el paciente o la familia, o situaciones donde el paciente no acude al servicio médico que requiere.

En los últimos años la demanda del servicio de urgencias ha ido incrementando alrededor de todo el mundo, de acuerdo con cifras de la Encuesta Nacional de Atención Médica Hospitalaria Ambulatoria (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey) del 2014, en Estados Unidos el servicio de urgencias tuvo 141.4 millones de visitas, de las cuales 40.2 millones estaba relacionadas con heridas (Centro Nacional para las Estadísticas de Salud [National Center for Health Statistics], 2017). En tanto, en el periodo 2014-2015 hubo 22.4 millones visitas al servicio de urgencias en Inglaterra, de las cuales el 64% fueron de prioridad 1 (Baker, 2015). Por su parte, en Chile en 2009 se reportaron 18.3 millones de consultas en urgencias (Ministerio de Salud, 2011).

En México, de acuerdo con los reportes de la Secretaría de salud, en el año 2015 se brindaron 37.4 millones de consultas en el servicio de urgencias, mientras que en el año 2005 el número fue de 27.1 millones (Véase figura 1). De estas, 37.4 millones de consultas en urgencias, 12 millones pacientes no eran derecho ambientes (IMMS o ISSSTE) en tanto que 25.4 millones sí era derecho ambientes (Secretaria de Salud, 2017).



*Figura 1. Número de consultas en el periodo 2005-2015*

Además de lo anterior, los datos que reporta la Secretaría de Salud sobre las instituciones donde se ofreció el mayor número de consultas en el servicio urgencias en el año 2015 fueron: el IMSS, que brindó 20.8 millones, seguido por los hospitales de la Secretaria de Salud con 10.9 millones de consultas, el ISSSTE con 2.5 millones de consultas, el IMSS-Oportunidades con 999 mil consultas y los Hospitales Estatales con 888 mil consultas (Secretaría de Salud, 2017).

Los datos sobre las visitas al departamento de urgencias médicas lo convierten en un servicio que presenta serios problemas en cuanto a la capacidad de atender la demanda de

los pacientes, lo que ha llevado a que los hospitales tengan problemas de saturación en el servicio de urgencias. En este sentido, la saturación se presenta cuando el número de pacientes supera al personal de salud, camas disponibles, recursos para el tratamiento de los padecimientos y el tiempo de espera excede periodos razonables, lo que significa que el servicio de urgencias médicas no tiene recursos disponibles para atender las necesidades que se le demandan. (Colegio Americano de Médicos de Emergencias [American College of Emergency Physicians], 2013). Resulta importante mencionar que el problema de la saturación del servicio de urgencias no es un problema único de un país, a nivel internacional existe una tendencia a presentar este problema (Pines et al., 2011).

Los efectos que provoca la saturación del servicio de urgencias han sido ampliamente estudiados, especialmente en el ámbito de los resultados clínicos. En primer lugar, a nivel clínico se ha reportado que existe un incremento de la probabilidad de mortalidad hospitalaria cuando el servicio de urgencias se encuentra saturado (Bernstein et al., 2009; Carter, Pouch, & Larson, 2014; Hoot & Aronsky, 2008; Moskop, Sklar, Geiderman, Schears, & Bookman, 2009; Pines & Hollander, 2008; Sun et al., 2013). Así mismo se ha reportado que existe un aumento de los errores cometidos por el personal de salud, tanto en la administración de medicamentos como en el diagnóstico de los padecimientos (Bernstein et al., 2009; Institute of Medicine, 2007; Moskop et al., 2009).

Otra consecuencia clínica de la saturación en urgencias es el retraso que se presenta en la administración de medicamentos, analgésicos y tratamientos hacia los pacientes que genera tiempos prolongados de dolor en los pacientes (Bernstein et al., 2009; Hollander & Pines, 2007; Institute of Medicine, 2007; Pines & Hollander, 2008).

A nivel institucional, la saturación de urgencias se asocia con mayores tiempos de espera para recibir atención médica, abandono de las salas de espera, disminución de la privacidad y confidencialidad del paciente, disminución de la calidad del servicio y presencia de insatisfacción de los pacientes de urgencias (S. L. Bernstein et al., 2009; Derlet & Richards, 2000; Institute of Medicine, 2007; Moskop et al., 2009; Pines & Hollander, 2008). Además de lo anterior, existe un aumento en el costo del tratamiento para los pacientes en el servicio de urgencias (Hoot & Aronsky, 2008; Sun et al., 2013) así como el desvío de ambulancias hacia otros hospitales (Bernstein et al., 2009).

Con respecto al personal de salud, se ha documentado que la saturación tiene efectos negativos sobre la enseñanza en hospitales universitarios además de que se han suscitado agresiones verbales y físicas hacía el personal médico (Derlet & Richards, 2000).

Ahora bien, una de las causas de la saturación en los servicios de urgencias a nivel internacional se relaciona con el volumen de pacientes que solicitan ser atendidos en este servicio. En este sentido, se ha reportado que existen personas que realizan un uso frecuente del servicio de urgencias y que representan un porcentaje importante del número de visitas que se reciben anualmente (Derlet & Richards, 2000; Hoot & Aronsky, 2008).

La definición de usuario frecuente no tiene un común acuerdo, en la mayoría de las investigaciones se considera que un usuario frecuente es aquel que ha visitado al menos tres veces el servicio de urgencias en los últimos 12 meses. Dentro de las principales características de los usuarios frecuentes del servicio de urgencias, destaca que son personas que tienen un nivel socioeconómico bajo (Vu et al., 2015) y que presentan problemas de salud mental y abuso de sustancias (Colligan, Pines, Colantuoni, Howell, & Wolff, 2016; Dinh et al., 2016; Hardy et al., 2017; Hudon, Courteau, Krieg, & Vanasse,

2017; Lam, Arora, & Menchine, 2016; Soril, Leggett, Lorenzetti, Noseworthy, & Clement, 2016; Vu et al., 2015).

Adicionalmente, se ha documentado que los usuarios frecuentes que poseen un diagnóstico psiquiátrico tienen una probabilidad alta de ser readmitidos en el área de urgencias dentro de los 90 días después de su primera hospitalización (Downey & Zun, 2015). Cabe mencionar que el número de admisiones relacionadas con problemas de salud mental y abuso de sustancias aumentó significativamente del año 1992 al 2001 (Larkin, Claassen, Emond, Pelletier, & Camargo, 2005).

En relación con los problemas de salud mental y abuso de sustancias de los pacientes que son atendidos en el área de urgencias, se han realizado diversas investigaciones para conocer las principales problemáticas que se presentan en los usuarios de este servicio. Una investigación realizada en Estados Unidos identificó las tendencias en las visitas a urgencias en el periodo de 1992-2001; se encontró que del total de visitas, 5.4% (53 millones) tenían relación con problemas de salud mental y abuso de sustancias. De éstas, 30% se relaciona con abuso de sustancias, 23% a trastornos del estado de ánimo, 21% a trastornos de ansiedad, 10% a trastornos psicóticos y 7% intentos suicidas (Larkin et al., 2005)

En una investigación más reciente, se reportó que del 100% de las visitas al servicio de urgencias en 2007 (95 millones), el 12.5% de estas visitas (12 millones) estaban relacionadas a problemas de salud mental y abuso de sustancias, lo que indica que 1 de cada 8 visitas es realizada por pacientes con estas características; los diagnósticos identificados fueron trastornos del estado de ánimo (42.7%), seguido por trastornos de ansiedad (26.1%), abuso de bebidas alcohólicas (22.9%), abuso de sustancias (17.6%),

esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (9.9%) e intentos suicidas (6.6%) (Owens, Mutter, & Stocks, 2010).

Aunado a lo anterior, se reporta que del año 2006 al año 2013 ha existido un aumento sustancial en la tasa de visitas al servicio de urgencias relacionadas con depresión, ansiedad y reacciones al estrés (3,955 visitas por cada 100,000 habitantes en 2013) (Weiss et al., 2016).

Otras investigaciones que buscan identificar la frecuencia de los distintos trastornos que se presentan en los pacientes del servicio de urgencias han corroborado los datos anteriormente presentados. En un estudio realizado en Francia en el servicio de urgencias de un hospital general se aplicó la Mini Entrevista Neuropsiquiatría internacional (MINI) a 500 pacientes que acudieron a consulta de urgencias en un periodo de 6 meses, los resultados de este estudio mostraron que el 38% de los participantes (189 pacientes) cumplieron criterios DSM-IV para algún trastorno o episodio psiquiátrico, donde los principales problemas fueron el Episodio Depresivo Mayor (42%) y Trastorno de Ansiedad Generalizada (18%) (Saliou, Fichelle, McLoughlin, Thauvin, & Lejoyeux, 2005). Resultados similares fueron encontrados en una investigación realizada en Italia con 556 pacientes del servicio de urgencias, donde el 41.9% de los participantes cumplieron criterios para la presencia de algún problema psiquiátrico en la entrevista MINI, siendo el trastorno de ansiedad generalizada (18%) y los trastornos del estado de ánimo (11.5%) los diagnósticos más frecuentes (Marchesi et al., 2004).

En una investigación multicéntrica llevada a cabo por Perruche y colaboradores, se realizó una evaluación con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) para identificar la prevalencia de la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes admitidos al

área de observación del servicio de urgencias, donde se encontró que de los 310 participantes del estudio, 47% presentaba síntomas de ansiedad y 23% presentaba síntomas de depresión. Adicionalmente, dentro de la investigación se evaluó la percepción de los médicos para detectar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes de urgencias; comparando estos resultados con los puntajes de la aplicación del HADS, se encontró que la percepción de los médicos no es consistente con el instrumento que evalúa síntomas de ansiedad y depresión (Perruche et al., 2011). En consistencia con los resultados de Perruche y colaboradores, una investigación en donde se evaluó a 211 pacientes del servicio de urgencias con la MINI se reportó que el 45% de los participantes resultó positivo para algún diagnóstico psiquiátrico, de los cuales únicamente el 2% fue diagnosticado por los médicos; los principales diagnósticos fueron Episodio Depresivo Mayor (24%) y Trastorno de Ansiedad Generalizada (9%) (Downey et al., 2012).

Así mismo, en una investigación realizada con 324 pacientes que acudieron al servicio de urgencias por dolor de pecho reportó que los resultados de la aplicación del HADS a estos pacientes mostró una frecuencia alta de presencia de síntomas de ansiedad (40% para pacientes con dolor de pecho de origen cardiaco; 38.1% para pacientes con dolor de pecho de origen no cardiaco) y síntomas de depresión (52.3% para pacientes con dolor de pecho de origen cardiaco; 52.1% para pacientes con dolor de pecho de origen no cardiaco), sin encontrarse diferencias significativas para el dolor de pecho de origen cardiaco o no cardiaco en la presencia de síntomas de ambas sintomatologías (Eken et al., 2010). Datos similares reportó una investigación llevada a cabo con 138 pacientes con dolor de pecho de origen no cardiaco a los cuales se les administró el HADS reportando que el 54.4% de los participantes resultaron positivos para síntomas de ansiedad mientras

que el 32.4% resultaron positivos para síntomas de depresión (Webster, Norman, Goodacre, Thompson, & McEachan, 2014).

En el contexto de Arabia Saudita, la frecuencia de la sintomatología ansiosa y depresiva se comporta distinto de las investigaciones anteriores, la aplicación del HADS a 257 pacientes del servicio de urgencias mostró que el 27.2% de ellos presentaba síntomas de ansiedad y el 23% presentaba síntomas de depresión (Al Aseri et al., 2015). Lo anterior podría estar explicado debido a que los puntos de corte del HADS varían de acuerdo al contexto donde haya sido validado además de que en el estudio de Al Aseri y sus colaboradores únicamente se aplicó el HADS a pacientes clínicamente estables.

En México, los datos sobre de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes de urgencias siguen la tendencia internacional de tener una alta frecuencia, ya que una investigación realizada en una sala de urgencias de un hospital privado donde se aplicó el HADS a 96 usuarios reportó que el 34.8% de los participantes resultaron positivos para la presencia de síntomas de ansiedad y 8.7% para presencia de síntomas de depresión (Vilchis-Aguila, Secín Diep, López Avila, & Córdoba Pluma, 2010). Otro estudio realizado en México en el cual se aplicó una entrevista semiestructurada a 88 pacientes de urgencias para detectar las necesidades psicológicas mostró que el 39.7% de estos pacientes presenta algún tipo de problema psicológico asociado al desarrollo, diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico de su enfermedad actual. Del total de participantes, el 12.5% presentaba problemas de ansiedad hospitalaria mientras que el 6% tenía problemas de depresión (García Pacheco et al., 2010).

Como se ha descrito, la presencia de Episodio Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Sintomatología Ansiosa y Depresiva es una condición que se

presenta de manera frecuente en pacientes que se encuentran hospitalizados en el servicio de urgencias.

En el contexto hospitalario, son diversas las investigaciones que han profundizado sobre los factores que se asocian con la presencia de ansiedad y depresión. Un estudio realizado con pacientes diagnosticados con Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS) que fueron hospitalizados en la Unidad Pulmonar mostró que la presencia de síntomas de depresión y ansiedad se relaciona con la inconformidad que tienen los pacientes hacia el tratamiento del SAOS y con un mayores índices de horas que duermen los pacientes durante el día (Kjelsberg, Ruud, & Stavem, 2005). Datos similares presenta una investigación realizada con pacientes hospitalizados con diagnóstico de alguna enfermedad cardíaca, donde la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva se relaciona con una baja calidad del sueño (Matsuda et al., 2017).

Existe evidencia de que en pacientes oncológicos y con enfermedades crónicas, la presencia de ansiedad y depresión se asocia con el tiempo de hospitalización, número de hospitalizaciones previas, nivel socioeconómico bajo, número de intervenciones quirúrgicas previas, baja calidad de vida e historial familiar psiquiátrico (De Fazio et al., 2016). Así mismo, una investigación realizada con pacientes hospitalizados diagnosticados con falla cardíaca muestra que los síntomas de depresión se relacionan con el tiempo que llevan de diagnóstico de la enfermedad y el estar soltero, divorciado y viudo, lo que supone que el apoyo social que brinda una pajera puede ser un factor importante en la salud mental de los pacientes que son hospitalizados (Polikandrioti et al., 2015).

Al respecto del apoyo social, se ha identificado que es un factor que puede contribuir a disminuir los efectos negativos que los eventos vitales estresantes pueden tener

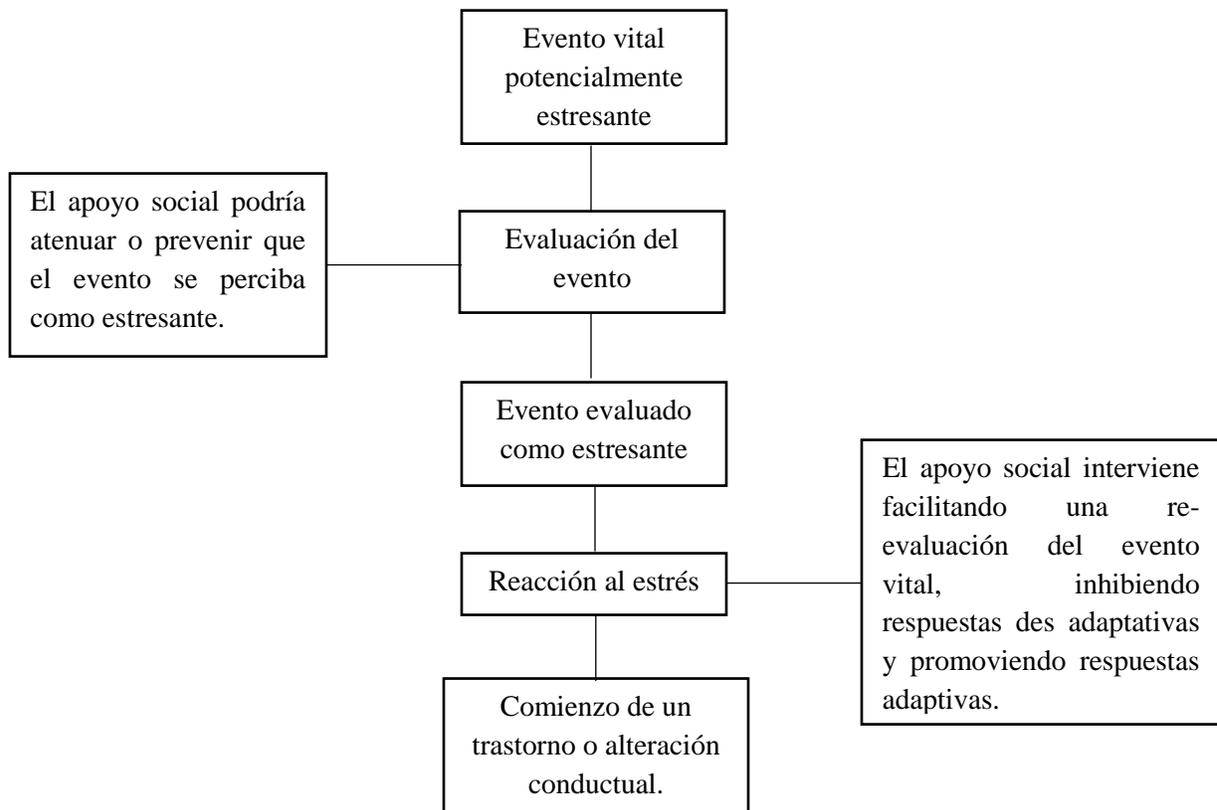
sobre la salud. Así se piensa que el apoyo social hace referencia a aquellos mecanismos mediante los cuales las relaciones interpersonales que una persona posee le permiten amortiguar los efectos de un ambiente estresante (Cohen & McKay, 1984).

De esta forma, la teoría de la amortiguación del estrés sostiene que el apoyo social puede cumplir la función de disminuir el estrés, que en el contexto de urgencias, podría originarse desde el momento en que los pacientes son ingresados al servicio de urgencias o incluso en los eventos previos que llevaron a buscar una consulta de urgencias y que son considerados como condiciones amenazantes o demandantes (Lazarus & Folkman, 1984).

Así, la teoría de la amortiguación del estrés se sitúa dentro de marco conceptual del modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984), donde se propone que se presentan eventos vitales que pueden ser estresantes o no, lo cual depende directamente de una evaluación primaria que el sujeto realiza para determinar a qué tipo de evento se está enfrentado, ya sea irrelevante, benigno-positivo o estresante. Dentro de esta evaluación primaria el apoyo social tendría lugar cuando el sujeto percibe que los recursos que tiene o que su red social le puede proveer son suficientes para responder a las demandas del evento vital, lo cual llevaría a atenuar o nulificar el estrés que se pudiera percibir (Cohen & Wills, 1985). En este sentido, la teoría de la amortiguación del estrés sostiene que cuando un sujeto posee una percepción de apoyo social alto, al afrontar algún evento vital, este sujeto evaluará que los recursos que posee son suficientes y adecuados para responder a las demandas que el evento vital le exige, y por lo tanto, las consecuencias psicológicas serán mínimas o nulas, (Cohen, 1992).

Un segundo mecanismo a través del cual el apoyo social interviene amortiguando el estrés es cuando el evento vital ha ocurrido y este ya ha sido evaluado como estresante así

que se realiza una evaluación secundaria dónde se analiza qué demandas requiere el ambiente y en la cual el apoyo social interviene entre la respuesta al estrés y el comienzo de algún resultado patológico mediante la eliminación o atenuación de la reacción al estrés, reduciendo la importancia del evento o contribuyendo a cumplir las demandas que el evento vital exige a través de respuestas adaptativas e inhibiendo las desadaptativas (Cohen & Wills, 1985). Sumado a lo anterior, es importante mencionar que la teoría de emparejamiento del estrés-apoyo menciona que en aquellas situaciones dónde las demandas que un evento vital exige coinciden con los recursos que el apoyo social provee es cuando los mecanismos de amortiguación tienen efectos sobre los sujetos (Cohen & McKay, 1984).



*Figura 2. Mecanismos mediante los cuales el apoyo social puede intervenir entre los eventos vitales y las consecuencias psicológicas.*

En consideración a lo anterior, se llevó a cabo una investigación en el servicio de urgencias, donde se evaluó a 40 pacientes para identificar si el apoyo social se relaciona con la presencia de ansiedad y depresión después de sufrir un accidente vehicular. Para evaluar la depresión se utilizó el cuestionario Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) y para evaluar la ansiedad se utilizó la subescala Anxiety State de la State Trait Anxiety Inventory, el apoyo social se evaluó con el registro de las visitas que recibió el paciente durante la hospitalización y si iban acompañados al ser dados de alta. Los datos mostraron que los pacientes que recibieron visitas, o que al ser dados de alta fueron acompañados por algún familiar o amigo, tuvieron una relación negativa estadísticamente significativa en la presencia de ansiedad y depresión (Lubomirsky et al., 2014).

Adicionalmente a lo anterior, en un estudio se aplicó una encuesta a 203 pacientes hospitalizados en urgencias, donde el 78% de los participantes consideró que las visitas durante el periodo de hospitalización son importantes, en tanto que el 63% reportó que sus visitas le proporcionaron apoyo emocional (Totten et al., 2014). De esta forma, la percepción que los pacientes tienen sobre las visitas que reciben durante su hospitalización resulta importante debido a la implicación del apoyo social para el mejoramiento de la salud.

Aunado a lo anterior, existen otras investigaciones que han estudiado el efecto que tiene el apoyo social sobre la presencia de problemas de salud mental en pacientes hospitalizados de urgencia, donde los resultados muestran que los bajos niveles de apoyo social son un factor que aumenta la probabilidad de que se presente algún tipo de problema de salud mental (Gabert-Quillen et al., 2012; Homma et al., 2016).

Como se ha descrito, el departamento de urgencias representa el primer servicio que entra en contacto con aquellos pacientes que solicitan atención médica debido a una condición clínica aguda que afecta su salud y que potencialmente puede poner en riesgo su vida. Por sí mismo, el servicio de urgencias es un ambiente que resulta estresante y displacentero para los pacientes que son hospitalizados (Marchesi et al., 2004), los cuales poseen características que los distinguen de otros servicios, ya que la literatura reporta que además de los problemas físicos agudos, existen otras condiciones, como los problemas emocionales, que puedan estar afectando de manera negativa su salud.

A pesar de que se ha descrito ampliamente la presencia de problemas de salud mental en los pacientes de urgencias y que se ha identificado una correlación entre éstos y la cantidad de visitas que reciben durante su hospitalización, aún es escasa la evidencia sobre la relación que existe entre la presencia de ansiedad y depresión con el apoyo social en sus distintos tipos. La importancia de investigar sobre el apoyo social reside que éste puede ser un factor protector sobre algunas consecuencias negativas que puede generar el padecer alguna enfermedad o experimentar eventos estresantes como lo es una hospitalización de urgencia. Es así que considerando el incremento demanda de atención de urgencias en México, y que en muchas ocasiones este servicio sirve como el primer contacto de atención primaria, profundizar en el entendimiento del rol que puede estar desempeñando el apoyo social sobre los pacientes de urgencias se vuelve imprescindible para la comprensión no sólo de las posibles causas que han llevado al deterioro de la salud, sino también, a un probable acercamiento sobre cómo el paciente está experimentado la enfermedad.

De esta forma, la literatura plantea la necesidad identificar si el apoyo social se relaciona con estos problemas de salud mental, lo que permitirá que este estudio sirva como antecedente para ampliar el conocimiento sobre cómo es que estas variables interactúan entre sí, además de que los resultados que se obtengan podrán ser puntos de referencia para futuras intervenciones que permitan disminuir el malestar y los efectos negativos que se producen debido a estos padecimientos así como potenciar aquellos factores protectores que podrían estar siendo mediadores dentro del proceso de salud-enfermedad.

### **Pregunta de investigación**

¿Existe correlación entre el apoyo social percibido y la presencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados del servicio de urgencias?

### **Objetivo general**

Identificar la relación que existe entre la presencia de ansiedad, depresión y el apoyo social en pacientes hospitalizados del servicio de urgencias.

### **Objetivos específicos**

- Identificar la presencia de Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad generalizada en pacientes hospitalizados del servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
- Identificar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes hospitalizados del servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
- Identificar el nivel de apoyo social en pacientes hospitalizados del servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

- Identificar si existen diferencias en la percepción de apoyo social entre pacientes que presentan ansiedad y depresión y pacientes que no presentan ansiedad y depresión.
- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados del servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
- Identificar si existen diferencias en la percepción de apoyo social entre los pacientes de acuerdo a las características sociodemográficas.

### **Capítulo 3: Método**

#### *Participantes*

Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico accidental (Véase figura 2). Los datos utilizados para esta investigación fueron recabados en el periodo del 15 de marzo del 2017 al 30 de agosto del 2017.

#### *Criterios de inclusión*

- Pacientes que estuvieran hospitalizados del servicio de urgencias.
- Pacientes que tuvieran una edad igual o superior a los años 18 años.
- Pacientes que no presentaran alteraciones cognitivas de acuerdo a Evaluación Cognitiva Montreal.
- Pacientes que presentaran alteraciones cognitivas leves o alteraciones cognitivas moderadas de acuerdo a Evaluación Cognitiva Montreal.

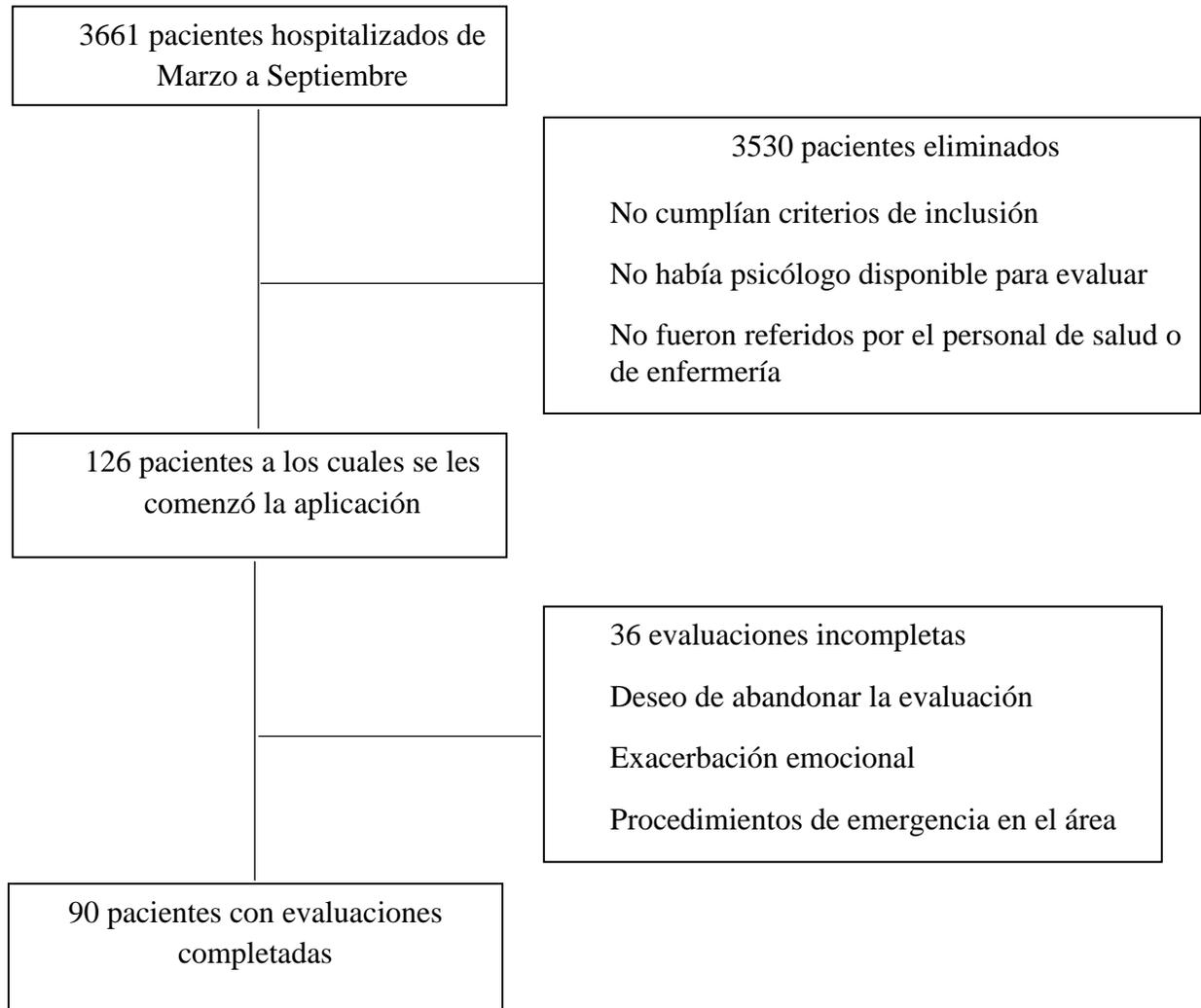
#### *Criterios de exclusión*

- Pacientes que tuvieran apoyo respiratorio: ventilación mecánica o sipack.
- Pacientes que se encuentran sedados.
- Pacientes que presentaron delirium.

#### *Diseño de la investigación*

Debido a que el objetivo principal de esta investigación fue identificar la correlación entre apoyo social y la presencia de ansiedad y depresión, se optó por un diseño no experimental, correlacional y transversal. Se trata de un estudio no experimental debido a que no hubo un control y manipulación de las variables de interés, ya que únicamente se buscó observar el grado de correlación. Es de corte transversal debido a que los datos se obtuvieron en un solo momento.

Figura 3. Flujograma de evaluaciones a los pacientes



### Medición

#### Variables

##### 1) Depresión

a) Definición conceptual: La depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (World Health Organization, 2017).

b) Definición operacional: Para evaluar la presencia de depresión se aplicó el Módulo A de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, validada en su versión al español por Forrando, Bobes y Gilbert (2000). El modulo A es una entrevista estructurada que explora los criterios del DSM-IV para la presencia de Episodio Depresivo Mayor (EDM).

## 2) Ansiedad

a) Definición conceptual: Es una emoción caracterizada por la tensión, pensamientos preocupantes y cambios físicos. Las personas que sufren de trastornos de ansiedad frecuentemente tienen pensamientos intrusivos o preocupaciones (American Psychological Association, 2017).

b) Definición operacional: Para evaluar la presencia de ansiedad se aplicó el Modulo O que explora la presencia de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) con base en los criterios DSM-IV. La subescala O es parte de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, validada en su versión al español por Forrando, Bobes y Gilbert (2000).

## 3) Sintomatología ansiosa

a) Definición conceptual: Hace referencia a los síntomas psicológicos de la ansiedad que se caracterizan por la presencia de pensamientos preocupantes e intrusivos. Excluye los síntomas somáticos (López Alvarenga et al., 2002).

b) Definición operacional: Para evaluar la sintomatología depresiva se utilizaron los reactivos 1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13 de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en su versión validada en población mexicana. (López Alvarenga et al., 2002).

## 4) Sintomatología depresiva

a) Definición conceptual: Hace referencia a los síntomas psicológicos de la depresión, considerando como característica principal a la anhedonia. Excluye los síntomas somáticos (López Alvarenga et al., 2002).

b) Definición operacional: Para evaluar la sintomatología depresiva se utilizaron los reactivos 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14 de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en su versión validada en población mexicana (López Alvarenga et al., 2002).

5) Apoyo social:

a) Definición conceptual: Se refiere a la disponibilidad de apoyo funcional, entendido como grado en el que las relaciones interpersonales sirven a funciones particulares (Sherbourne & Stewart, 1991).

b) Definición operacional: El Cuestionario MOS de Apoyo Social se utilizó para evaluar la percepción del paciente sobre el apoyo social tangible ( $\alpha = .97$ ) y apoyo emocional/instrumental ( $\alpha = .97$ ). Este cuestionario fue validado en población mexicana y demuestra tener propiedades psicométricas aceptables (Martínez Basurto, Sánchez Román, Aguilar Villalobos, & Rodríguez Pérez, 2014).

*Instrumentos*

- 1) Escala de ansiedad y depresión hospitalaria: La escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) es un instrumento que fue creado por Zigmund y Snaith con el objetivo de evaluar los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes que asistían a consultas médicas en el contenido hospitalario y que no tenían historial psiquiátrico previo (Zigmond & Snaith, 1983). Los reactivos están diseñados para evaluar únicamente los síntomas psicológicos de la depresión y la ansiedad, excluyendo los síntomas somáticos que podrían estar presentes debido a la condición médica. La escala

consta de 14 reactivos tipo Likert con 4 opciones de respuesta que oscilan entre el 0 y el 3, donde los reactivos nones miden los síntomas de ansiedad, mientras que los reactivos pares miden los síntomas de depresión; ambos factores cuentan con 7 reactivos cada una. Los puntos de corte sugeridos para población mexicana son 8 para ansiedad y 7 para depresión. Cabe mencionar que la prueba muestra una confiabilidad aceptable con un valor en alfa de Cronbach de .86 (López Alvarenga et al., 2002).

- 2) Cuestionario MOS de Apoyo social: Este cuestionario fue construido con el objetivo de evaluar el apoyo social funcional de pacientes con enfermedades crónicas que acuden regularmente al servicio médico (Sherbourne & Stewart, 1991). En su versión validada para población mexicana, el instrumento consta de 16 reactivos: 12 reactivos para evaluar el apoyo social emocional/informativo y 4 reactivos para evaluar el apoyo (4 reactivos); adicionalmente presenta una pregunta para medir la red de apoyo. Las opciones de respuesta son de tipo Likert que van desde el nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de las veces y siempre. El instrumento mostró que posee una buena confiabilidad pues obtuvo un valor de alfa de Cronbach de .97 (Martínez Basurto et al., 2014).
- 3) Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional: Es una entrevista estructurada diseñada para explorar la presencia de los principales trastornos psiquiátricos del eje 1 del DSM-IV. En su versión validada al español demostró ser una entrevista válida y confiable que puede ser administrada en un tiempo breve. Puede ser administrada completa o de acuerdo a los módulos que interesen; cada módulo evalúa un trastorno distinto (Forrando, Bobes y Gilbert, 2000).

### *Procedimiento*

Una vez que los pacientes eran admitidos al área de hospitalización del servicio de urgencias, el equipo de psicología de dicho servicio seleccionó a aquellos pacientes que fueron evaluados con una batería de instrumentos de acuerdo a un sistema de triage, dividido en 4 niveles de prioridad:

1. Prioridad 1: Pacientes referidos por el equipo de medicina
2. Prioridad 2: Pacientes con un diagnóstico o pronósticos negativos y/o próximos a recibir procedimientos invasivos.
3. Prioridad 3: Pacientes manifestaciones conductuales de un malestar emocional
4. Prioridad 4: Pacientes con historial de consumo de sustancias

Los pacientes que no pudieron ser evaluados debido a que contaban con apoyo ventilatorio, apoyo respiratorio o estaban en estado de delirium fueron referidos a una lista de espera.

Los instrumentos de evaluación que componen la batería son empleados en un protocolo de investigación con número de registro CEI/225/17 que se está llevando a cabo dentro del servicio de urgencias y del cual esta investigación forma parte; los instrumentos son la Evaluación Cognitiva Montreal, la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton, la Escala Visual Análoga, El Cuestionario MOS de Apoyo Social, y los módulos A y O de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Ver Anexo 1). El tiempo aproximado de aplicación de estos instrumentos fue de entre 30 y 50 minutos.

La aplicación de la batería fue realizada por el equipo de psicología del servicio de urgencias, que previamente fue capacitado para la aplicación de los instrumentos y para brindar apoyo emocional en caso de ser necesario. Dentro de las complicaciones que se

presentaron dentro durante la aplicación se debe mencionar que hubo algunos procedimientos de rutina que dividieron la aplicación en dos partes. Otra situación que se presentó fue que algunos pacientes presentaron exacerbaciones emocionales que requirieron de técnicas que apoyaron a la regulación emocional, por lo cual se detuvo la evaluación. Finalmente, hubo evaluaciones donde el equipo de medicina tuvo que realizar procedimientos de emergencia que requería despejar el área de hospitalización.

Una vez que se completaban las evaluaciones, se brindó retroalimentación a los pacientes sobre los resultados de ésta y en caso de existir presencia de ansiedad y depresión o de algún otro problema psicológico, se ofrecía al paciente comenzar una intervención breve durante el tiempo de hospitalización o bien, citarlo a consulta externa posterior a la alta del hospital.

Cabe mencionar que en algunos casos, durante la evaluación psicológica se presentaron casos donde los pacientes presentaban exacerbaciones emocionales, lo cual impidió completar la batería; en estos casos se brindó apoyo de contención y validación emocional.

#### *Escenario*

Las evaluaciones se llevaron a cabo en el área de hospitalización del Servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Esta área cuenta con 19 camas repartidas en dos sectores, además de tener un espacio destinado a una cama para pacientes que requieran ser aislados debido a las medidas de seguridad epidemiológica.

#### *Plan de Análisis de Datos*

Se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y las condiciones de ingreso de los pacientes con el objetivo de conocer las principales características de los participantes.

Con el objetivo de identificar el grado de correlación entre Sintomatología Ansiosa, Sintomatología Depresiva, Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Episodio Depresivo Mayor con el apoyo social y sus distintos factores se utilizó la prueba de correlación biserial, esto debido a que el nivel de medición de las variables es nominal y no se cumplen los criterios para realizar análisis de estadística paramétrica. En el análisis del coeficiente de correlación biserial se utilizó un nivel de significancia de 0,05.

Adicionalmente se realizó la prueba de U de Mann Whitney para conocer si existen diferencias en los puntajes del Cuestionario MOS entre los pacientes de acuerdo a la presencia o ausencia de ansiedad y depresión, y para conocer si existen diferencias sobre estos puntajes de acuerdo a las variables sociodemográficas de estado civil, escolaridad, ocupación, religión y padecimientos crónicos o agudos.

## **Resultados**

En el estudio participaron 90 pacientes hospitalizados del servicio de urgencias, de los cuales 40% eran hombres y 60% eran mujeres; la media de edad fue de 42.7 años (D.E.=16.4). El 35.6% de los participantes reportó estar soltero, el 27.8% casado, el 23.3% en unión libre y el resto divorciados o viudos (Ver tabla 1).

Con respecto a las condiciones de ingreso al servicio de urgencias de los pacientes se encontró que el 17% se encontraba en una situación de reingreso a urgencias, mientras que el 51.% reportó ser primera hospitalización en urgencias. En tanto, el 40% de los pacientes reporto tener Diabetes Mellitus tipo dos como enfermedad base, el 20% no reporto tener ninguna enfermedad y el resto de los pacientes reporto padecer enfermedades

como lesión renal aguda, VIH, hipertensión arterial, entre otras. Además de lo anterior, a su llegada a urgencias el 11% de los participantes presentaba un funcionamiento cognitivo normal, el 34.4% un funcionamiento cognitivo con una alteración leve o mínima y el 32.2% una alteración moderada (Ver tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Variables	n(%)
<b>Sexo</b>	
Hombres	36(40%)
Mujeres	54(60%)
<b>Estado Civil</b>	
Soltero	32(35.6%)
Casado	25(27.8%)
Unión libre	21(23.3%)
Divorciado	8(8.9%)
Viudo	2(2.2%)
No especificado	2(2.2%)
<b>Escolaridad</b>	
Sin escolaridad	6(6.7%)
Primaria	25(27.8%)
Secundaria	22(24.4%)
Preparatoria	23(25.6%)
Carrera Técnica	6(6.7%)
Licenciatura	6(6.7%)
No especificado	2(2.2%)
<b>Ocupación</b>	
Desempleado	12(13.3%)
Hogar	26(28.9%)
Empleado	24(26.7%)
Comerciante	13(14.4%)
Oficio	4(4.4%)
Profesionista	1(1.4%)
Estudiante	4(4.4%)
Otro	4(4.4%)
No especificado	2(2.2%)
<b>Religión</b>	
Católico	65(72.2%)
Cristiano	7(7.8%)
Ateo	6(6.7%)
Creyente	3(3.3%)
No especificado	9(10%)

Tabla 2. Condiciones de ingreso a urgencias de los participantes.

Variables	n(%)
<b>Paciente con reingreso a urgencias</b>	
Sí	16(17.8%)
No	46(51.1%)
No especificado	28(31.1%)
<b>Llegó acompañado a urgencias</b>	
Sí	87(96.7%)
No	2(2.2%)
No especificado	1(1.1%)
<b>Diagnóstico base</b>	
DM2	36(40%)
Sin enfermedad base	18(20%)
VIH	5(5.6%)
Lesión renal aguda	4(4.4%)
Hipertensión arterial	4(4.4%)
Otras	18(19.7%)
No especificado	5(5.9%)
<b>Hospitalizaciones previas</b>	
Sin	33(36.7%)
Con	23(25.5%)
No especificado	34(37.8%)
<b>Funcionamiento cognitivo</b>	
Funcionamiento Normal	10(11.1%)
Alteración leve/mínima	21(34.4%)
Alteración moderada	29(32.2%)
No especificado	20(22.2%)

A partir del análisis de frecuencias de los datos se identificó presencia de las variables psicológicas en los participantes de este estudio. De acuerdo a la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, el 44.4% de los participantes presentan síntomas de depresión, mientras que el 43.3% presenta síntomas de ansiedad. Por su parte, de acuerdo a la MINI, el 40% de los participantes cumple criterios para la presencia de Episodio

Depresivo Mayor, en tanto que el 20% de los participantes cumplió criterios para la presencia de Trastorno de Ansiedad Generalizada (Ver tabla 3).

Tabla 3. Características psicológicas de los participantes.

Variables	n(%)
<b>Episodio Depresivo Mayor</b>	
Sí	36(40%)
No	54(60%)
<b>Trastorno de Ansiedad Generalizada</b>	
Sí	18(20%)
No	72(80%)
<b>Sintomatología Depresiva</b>	
Sí	40(44.4%)
No	50(55.6%)
<b>Sintomatología Ansiosa</b>	
Sí	39(43.3%)
No	51(56.7%)

Para analizar la variable cuantitativa de apoyo social y sus factores en primer lugar se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnof, la cual mostró que los datos no siguen una distribución normal por lo que decidió utilizar pruebas no paramétricas.

Como se puede observar en la tabla 4, la mediana del puntaje total del cuestionario MOS es de 64 (rango: 57), mientras que del factor apoyo social emocional/informacional la mediana es de 47.5 (rango: 46), del factor apoyo social tangible la mediana es de 18.5 (rango: 16) y del tamaño de la red social la mediana es de 5 (rango: 30) (Ver tabla 4).

Tabla 4. Puntajes del Cuestionario MOS de apoyo social reportados por los participantes.

Variables	Mediana	Rango	Min.	Max.
Apoyo social	64	57	23	80
Apoyo social emocional/informacional	47.5	46	15	61
Apoyo social tangible	18.5	16	5	20
Tamaño de la Red Social	5	30	0	30

Para identificar la posible correlación entre el apoyo social y sus factores con la presencia de ansiedad y depresión se realizó un análisis de Correlación Biserial, el cual mostró que no existen correlaciones estadísticamente significativas entre estas variables. Adicionalmente se analizó con la prueba de Spearman la correlación entre el puntaje total del Cuestionario MOS y los distintos factores del cuestionario, donde se encontraron correlaciones positivas moderadas y altas estadísticamente significativas (Véase tabla 5).

**Tabla 5. Coeficientes de correlaciones Biserial y correlación de Spearman.**

		Apoyo social	Apoyo Social Emocional/Informacional	Apoyo Social Factor Tangible	Tamaño de la red social
Apoyo Social	Coeficiente Rho	1.000			
	Significancia				
Apoyo Social Emocional/Informacional	Coeficiente Rho	.976**	1.000		
	Significancia	0.000			
Apoyo Social Tangible	Coeficiente Rho	.684**	.535**	1.000	
	Significancia	0.000	0.000		
Tamaño de la red social	Coeficiente Rho	.372**	.367**	.367**	1.000
	Significancia	0.000	0.000	0.000	
Episodio depresivo Mayor	Correlación Biserial	-0.183	-0.172	-0.156	-0.072
	Significancia	0.085	0.104	0.142	0.503
Trastorno de ansiedad generalizada	Correlación Biserial	-0.088	-0.116	0.032	0.176
	Significancia	0.411	0.275	0.767	0.101
Sintomatología depresiva	Correlación Biserial	-0.165	-0.170	-0.096	-0.029
	Significancia	0.121	0.110	0.369	0.788
Sintomatología ansiosa	Correlación Biserial	-0.162	-0.183	-0.043	-0.100
	Significancia	0.128	0.084	0.689	0.353

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01.

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05.

Se llevó a cabo la prueba U de Mann Whitney con el objetivo de comparar si existían diferencias entre la presencia o ausencia de ansiedad y depresión, ya sea en forma de sintomatología o como trastorno, sobre el puntaje total del Cuestionario MOS. Los resultados mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los

puntajes totales de apoyo social reportado por los pacientes que presentan ansiedad y depresión y aquellos pacientes que no presentan ansiedad y depresión (Ver tabla 6).

Tabla 6. Comparación del puntaje total de Cuestionario MOS de Apoyo Social de acuerdo a la presencia o ausencia de ansiedad y depresión

Variable	Presencia		Valor p
	Sí	No	
<b>Episodio Depresivo Mayor</b> , mediana (RIC*)	58(24)	67(16)	0.11
<b>Trastorno de Ansiedad Generalizada</b> , mediana (RIC*)	62(13)	69(23)	0.856
<b>Sintomatología Depresiva</b> , mediana (RIC*)	60.5(24)	67(15)	0.334
<b>Sintomatología Ansiosa</b> , mediana (RIC*)	64(25)	67(20)	0.744

RIC\*\*, Rango intercuartílico.

Así mismo, a través de la prueba U de Mann Whitney se realizó la comparación de los puntajes de los dos factores del Cuestionario MOS de Apoyo Social para conocer si existen diferencias entre lo reportado por pacientes que presentan ansiedad y depresión y aquellos pacientes que no. Como se puede observar en la tabla siete y ocho, los datos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en lo reportado para la percepción de apoyo social tangible y apoyo social emocional/informacional.

Finalmente, se realizó una recategorización de las variables sociodemográficas para saber si existían diferencias entre grupos de pacientes con y sin pareja, pacientes con empleo y sin empleo, pacientes con educación básica y educación media superior y superior, pacientes con enfermedades crónicas y enfermedades agudas, y pacientes católicos y pacientes no católicos con el objetivo de realizar una comparación sobre los puntajes de apoyo social y sus distintos factores. La prueba U de Mann Whitney no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos anteriormente mencionados.

Tabla 7. Comparación del puntaje del factor de apoyo tangible del Cuestionario MOS de acuerdo a la presencia o ausencia de ansiedad y depresión.

Variable	Presencia		Valor p
	Sí	No	
<b>Episodio Depresivo Mayor</b> , mediana (RIC*)	17(8)	19(5)	0.11
<b>Trastorno de Ansiedad Generalizada</b> , mediana (RIC*)	18(5)	19(7)	0.856
<b>Sintomatología Depresiva</b> , mediana (RIC*)	17.5(7)	19(6)	0.334
<b>Sintomatología Ansiosa</b> , mediana (RIC*)	19(8)	18(5)	0.744

RIC\*\*, Rango intercuartílico.

Tabla 8. Comparación del puntaje del factor de apoyo emocional/informacional del Cuestionario MOS de acuerdo a la presencia o ausencia de ansiedad y depresión.

Variable	Presencia		Valor p
	Sí	No	
<b>Episodio Depresivo Mayor</b> , mediana (RIC*)	42(24)	51(13)	0.11
<b>Trastorno de Ansiedad Generalizada</b> , mediana (RIC*)	45(16)	51(20)	0.856
<b>Sintomatología Depresiva</b> , mediana (RIC*)	42.5(22)	51(13)	0.334
<b>Sintomatología Ansiosa</b> , mediana (RIC*)	46(26)	51(16)	0.744

RIC\*\*, Rango intercuartílico.

## **Discusión**

En esta investigación el objetivo principal fue identificar la relación que existe entre la presencia de ansiedad, depresión y apoyo social en pacientes hospitalizados del Servicio de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Como los resultados lo muestran, se observa que la presencia de depresión y ansiedad, evaluando tanto los síntomas psicológicos como los criterios DSM-IV para EDM y TAG, es una condición frecuente que padecen los pacientes de urgencias, lo que se corrobora con otras investigaciones donde se plantea que la ansiedad y la depresión son los principales problemas de salud mental en pacientes que acuden a urgencias por atención médica (Al Aseri et al., 2015; Downey et al., 2012; Marchesi et al., 2004; Perruche et al., 2011).

Es importante destacar que los síntomas psicológicos de ansiedad y depresión evaluados por el HADS estuvieron presentes en el 43.3% y 44.3% de los participantes de este estudio respectivamente, lo cual presenta discordancias comparado con un estudio previo realizado en México por Vilchis-Aguila (2010), donde reportó 34.8% de pacientes con sintomatología ansiosa y 8.7% con sintomatología depresiva. Lo anterior puede estar explicado por qué Vilchis-Aguila evaluó a pacientes que acudían a consulta de urgencias, en tanto que en este estudio los participantes eran pacientes que ya estaban admitidos al área de hospitalización debido a su condición clínica, y como se ha sugerido, los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que presentan problemas de salud mental tienen mayores probabilidades de utilizar y ser admitidos en los servicios de urgencias, que

aquellos pacientes que no presentan ningún problema (Himelhoch, Weller, Wu, Anderson, & Cooper, 2004; Marchesi et al., 2001).

Ahora bien, sobre los criterios DSM-V para evaluar Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada, se observa que la frecuencia de estos padecimientos es mayor en el primero de ellos (40%) que en el segundo (20%), lo cual no coincide con otros estudios que también han utilizado los criterios taxonómicos evaluados con la MINI, donde la presencia de Trastorno de Ansiedad Generalizada (8.2%) es mayor que la de Episodio Depresivo Mayor (5.7%) (Marchesi et al., 2001, 2004). Esto puede ser explicado debido a que algunas de las características de los participantes de este estudio son consideradas factores de riesgo para la presencia de depresión, como el ser mujer, tener enfermedades crónico-degenerativas, haber sufrido cambios significativos en el estilo de vida, exposición repetida al estrés o historial psiquiátrico familiar (Instituto Nacional de Salud Mental [National Institute of Mental Health], 2016). Además, se suma el hecho de que los pacientes con una o más enfermedades crónico degenerativas, como es el caso de los participantes de este estudio, que padecen depresión tienen el doble de posibilidades de ser admitidos al servicio de urgencias que aquellas que no padecen depresión (Himelhoch et al., 2004).

Se pudo observar que entre los participantes de este estudio existe una percepción de que poseen una alta disponibilidad de apoyo social funcional, lo que significa que la red social que los rodea contribuye a cumplir funciones específicas dentro de su vida cotidiana. Específicamente, este estudio encontró que los participantes disponen de apoyo emocional que involucra el amor, cuidado y empatía; apoyo informativo, donde se brinda guía,

información o retroalimentación; y apoyo tangible, que se refieren a el apoyo asistencial y material que se recibe (Martínez Basurto et al., 2014; Sherbourne & Stewart, 1991).

Al respecto de la relación entre apoyo social y la presencia de ansiedad y depresión, se observó que no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables, lo cual no resulta congruente con lo hallado por Lubomirsky y sus colaboradores (2014). Una posible explicación de lo anterior es que la operacionalización del apoyo social en este estudio fue a través del Cuestionario MOS, dónde el paciente reporta la disponibilidad que percibe sobre el apoyo funcional que le brinda su red social, mientras que en el estudio de Lubomirsky el apoyo social fue evaluado a partir del número de visitas que recibió el paciente durante su hospitalización y si al ser dado de alta iba acompañado. Además de lo anterior, se suma el hecho de que como lo menciona Cohen y McKay (1984), cuando el apoyo social que es provisto por la red social no se ajusta a las demandas que una situación o evento vital requieren, el efecto de amortiguador o atenuador del estrés no se lleva a cabo, y por lo tanto, las reacciones al estrés comienzan y es este punto dónde las consecuencias psicológicas.

Existen otros estudios que han investigado la relación que tiene el apoyo social y la salud mental de los pacientes que son hospitalizados en urgencias. Homma y sus colaboradores (2016) explican que la red social puede causar efectos positivos y negativos hacia la salud mental de las personas, lo cual dependerá directamente de la percepción del apoyo social que tenga cada persona. Por otro lado, existe evidencia que los distintitos tipos de apoyo social funcional tienen efectos diferentes sobre la salud mental, por ejemplo, Gaber-Quillen y colaboradores (2012) observaron que bajos niveles de apoyo

informativa se relacionan con la presencia de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático.

Cabe resaltar que aunado al hecho de que no se presentaron correlaciones entre el apoyo social y la presencia de ansiedad y depresión, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los puntajes de apoyo social entre el grupo de pacientes que presentó ansiedad y depresión y el grupo de pacientes no presentaba estas condiciones. Así mismo, cuando se comparó los puntajes de apoyo social de acuerdo a las variables sociodemográficas que se recategorizaron, las pruebas mostraron que no existían diferencias entre los grupos de comparación de los pacientes, lo cual puede estar explicado porque las características propias de los participantes, como tener enfermedades crónicas degenerativas, tendrían una mayor influencia sobre su salud mental en comparación con los factores externos, como es el apoyo social, pues como lo demuestra la evidencia, las probabilidades de presentar trastornos psiquiátricos es mayor cuando se posee alguna enfermedad crónica degenerativa (Wells, Golding, & Burnam, 1988).

No obstante, se ha documentado que los pacientes hospitalizados del servicio de urgencias que participaron en este estudio presentan síntomas de ansiedad y depresión y en casos más graves, llegan a presentar Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Lo anterior representa un reto para el equipo de profesionales de la salud que trabajan dentro de este servicio, ya que estos padecimientos no sólo afectan a nivel psicológico, sino que como se ha demostrado, los problemas psicológicos pueden repercutir negativamente en el estado biológico y el desarrollo de enfermedades. De esta forma, se hace evidente la necesidad de implementar equipos de profesionales de salud donde se busque

ofrecer una atención integral a los pacientes, no sólo para remitir los síntomas clínicos agudos que los llevan buscar una atención de urgencias, sino también para atender aquellas necesidades psicológicas que pueden estar afectando la salud y la calidad de vida de los pacientes (Downey et al., 2012).

Dentro de las limitaciones de este estudio, es importante reconocer que el número de participantes que han sido evaluados representa el 40% de la muestra se requieren para que los datos sean representativos de la población que se atiende en el servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, esto de acuerdo al protocolo de investigación del cual esta investigación forma parte. Además, se suma el hecho de que debido a las rutas de evaluación de los pacientes, las características de éstos resultan homogéneas, lo cual en suma, no permite la generalización de estos resultados. Aunado a lo anterior, el Cuestionario MOS no había sido utilizado en un contexto de urgencias, lo que supone que este instrumento podría no ser adecuado para la población que se atiende en este servicio. Otra limitación se refiere a la propia naturaleza de las variables, ya que el nivel de medición de éstas no permite utilizar métodos para el tratamiento de los datos propios de la estadística paramétrica.

A pesar de las limitaciones que se mencionaron anteriormente, este estudio resulta valioso debido a que presenta una caracterización psicosocial de los pacientes hospitalizados dentro del servicio de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González, además de que contribuye en el cúmulo de evidencia sobre la necesidad de ampliar el espectro de atención a los problemas de los pacientes, ya que como Engel lo dijo en 1977, no sólo basta con identificar y tratar las alternaciones físicas que puedan presentar,

sino también resulta necesario conocer cómo es que se experimentan estas alternaciones y cuáles podrían sus efectos psicológicos, sociales y culturales.

Es así que el servicio de urgencias, como un servicio que ofrece atención primaria, es un espacio dónde la integración de distintas disciplinas de la salud, puede constituir una ventana de oportunidad para identificar y atender problemas relacionados con el ámbito de la salud mental, contribuyendo no sólo a mejorar la atención que se brinda en estos servicios sino a mejorar la calidad de vida de los pacientes que ahí se atienden.

De esta forma se puede concluir que aunque no existen correlaciones estadísticamente significativas entre apoyo social, depresión y ansiedad, la frecuencia en que estos padecimientos están presentes en pacientes hospitalizados del servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” es considerable y lo cual exige intervención por parte del personal de psicología del servicio de urgencias.

## Referencias

Al Aseri, Z. A., Suriya, M. O., Hassan, H. A., Hasan, M., Sheikh, S. A., Al Tamimi, A., ...

Khalid, N. (2015). Reliability and validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale in an emergency department in Saudi Arabia: a cross-sectional observational study. *BMC Emergency Medicine*, *15*(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12873-015-0051-4>

American College of Emergency Physicians. Definition of Emergency Medicine, *Annals of Emergency Medicine*. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18655932>

American Colleges of Emergency Physicians. (2013). Crowding. Recuperado el 13 de noviembre de 2016, a partir de <https://www.acep.org/content.aspx?id=29156>

American Psychological Association. (2017). Anxiety. Recuperado el 3 de octubre de 2017, a partir de <http://www.apa.org/topics/anxiety/>

Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, *61*(4), 755–765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>

Babeva, K., Hughes, J. L., & Asarnow, J. (2016). Emergency Department Screening for Suicide and Mental Health Risk. *Current Psychiatry Reports*, *18*(11), 100. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0738-6>

Baker, C. (2015). Accident and Emergency Statistics. *House of Commons Library Briefing Paper*, (6964), 1–34.

- Bernstein, A., Allen, K., Moss, A., Hing, E., Siller, A., & Tiggle, R. (2003). *Health care in America. Trends and utilization*. Hyattsville: National Center for Health Statistics.
- Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., ... Asplin, B. R. (2009). The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Academic Emergency Medicine*, *16*(1), 1–10.  
<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x>
- Bonin-Guillaume, S., Durand, A.-C., Yahi, F., Curiel-Berruyer, M., Lacroix, O., Cretel, E., ... Gentile, S. (2015). Predictive factors for early unplanned rehospitalization of older adults after an ED visit: role of the caregiver burden. *Aging Clinical and Experimental Research*, *27*(6), 883–891. <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0347-y>
- Carter, E. J., Pouch, S. M., & Larson, E. L. (2014). The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Nursing Scholarship*, *46*(2), 106–115. <https://doi.org/10.1111/jnu.12055>
- Cohen, S. (1992). Stress, social support, and disorder. En H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 109–124). Washington, DC: Hemisphere. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/record/1991-99017-007>
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis. A theoretical analysis. En A. Baum, J. E. Singer, & S. E. Taylor (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 253–267). Hillsdale: Erlbaum.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, *98*(2), 310–57. Recuperado a partir de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3901065>

Colligan, E. M., Pines, J. M., Colantuoni, E., Howell, B., & Wolff, J. L. (2016). Risk Factors for Persistent Frequent Emergency Department Use in Medicare Beneficiaries. *Annals of Emergency Medicine*, 67(6), 721–729.

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.01.033>

Cunha, S., Soares-Oliveira, M., & Pereira, N. (2009). Early Psychological Intervention in Prehospital Emergency Care Systems. *The Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 404–406. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.10.031>

De Fazio, P., Cerminara, G., Ruberto, S., Caroleo, M., Puca, M., Rania, O., ... Segura-García, C. (2016). Hospitalization and other risk factors for depressive and anxious symptoms in oncological and non-oncological patients. *Psycho-Oncology*.

<https://doi.org/10.1002/pon.4170>

Derlet, R. W., & Richards, J. R. (2000). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of emergency medicine*, 35(1), 63–8. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10613941>

Dinh, M. M., Berendsen Russell, S., Bein, K. J., Chalkley, D., Muscatello, D., Paoloni, R., & Ivers, R. (2016). Trends and characteristics of short-term and frequent representations to emergency departments: A population-based study from New South Wales, Australia. *Emergency medicine Australasia : EMA*, 28(3), 307–12.

<https://doi.org/10.1111/1742-6723.12582>

Downey, L. V. A., & Zun, L. S. (2015). Reasons for readmissions: what are the reasons for 90-day readmissions of psychiatric patients from the ED?, 33(10).

<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2015.06.056>

Downey, L. V. A., Zun, L. S., & Burke, T. (2012). Undiagnosed Mental Illness in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(5), 876–882.

<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.06.055>

Eken, C., Oktay, C., Bacanli, A., Gulen, B., Koparan, C., Ugras, S. S., & Cete, Y. (2010). Anxiety and Depressive Disorders in Patients Presenting with Chest Pain to the Emergency Department: A Comparison Between Cardiac and Non-Cardiac Origin.

*The Journal of Emergency Medicine*, 39(2), 144–150.

<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.11.087>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.

*Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–36. Recuperado a partir de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460>

Gabert-Quillen, C. A., Irish, L. A., Sledjeski, E., Fallon, W., Spoonster, E., & Delahanty, D. L. (2012). The impact of social support on the relationship between trauma history and posttraumatic stress disorder symptoms in motor vehicle accident victims.

*International Journal of Stress Management*, 19(1), 69–79.

<https://doi.org/10.1037/a0026488>

García Pacheco, A. F., Calderon Marquez, M. A., & Serrano Alvarado, K. (2010).

Problemas psicologicos en el servicio de urgencias del Hospital General de Atizapan.

*Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1). Recuperado a partir de

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/16991>

Gilboy, N., Tanabe, T., Travers, D., & Rosenau, A. (2011). *Emergency Severity Index*

(ESI): *A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.  
<https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2014.08.006>

Hardy, M., Cho, A., Stavig, A., Bratcher, M., Dillard, J., Greenblatt, L., & Schulman, K. (2017). Understanding Frequent Emergency Department Use Among Primary Care Patients. *Population health management*. <https://doi.org/10.1089/pop.2017.0030>

Himelhoch, S., Weller, W. E., Wu, A. W., Anderson, G. F., & Cooper, L. A. (2004). Chronic medical illness, depression, and use of acute medical services among Medicare beneficiaries. *Medical care*, 42(6), 512–21. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15167319>

Hollander, J. E., & Pines, J. M. (2007). The Emergency Department Crowding Paradox: The Longer You Stay, the Less Care You Get. *Annals of Emergency Medicine*, 50(5), 497–499. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.05.002>

Holtzman, W. H., Evans, R. I., Kennedy, S., & Iscoe, I. (1987). Psychology and health: contributions of psychology to the improvement of health and health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 65(6), 913–35. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3325189>

Homma, K., Chang, B., Shaffer, J., Toledo, B., Hefele, B., Dalrymple, N., & Edmondson, D. (2016). Association of social support during emergency department evaluation for acute coronary syndrome with subsequent posttraumatic stress symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(5), 823–831. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9748-4>

Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008). Systematic Review of Emergency Department

- Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 52(2), 126–136.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.03.014>
- Hudon, C., Courteau, J., Krieg, C., & Vanasse, A. (2017). Factors associated with chronic frequent emergency department utilization in a population with diabetes living in metropolitan areas: a population-based retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 525. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2453-3>
- Institute of Medicine. (2003). *Microbial Threats to Health. Microbial Threats to Health: Emergence, Detection, and Response*. Washington: National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/10636>
- Institute of Medicine. (2007). *Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point*. Washington, D.C.: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11621>
- Kjelsberg, F., Ruud, E., & Stavem, K. (2005). Predictors of symptoms of anxiety and depression in obstructive sleep apnea. *Sleep Medicine*, 6(4), 341–346. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2005.02.004>
- Lam, C., Arora, S., & Menchine, M. (2016). Increased 30-Day Emergency Department Revisits Among Homeless Patients with Mental Health Conditions. *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(5), 607–612. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.6.30690>
- Larkin, G. L., Claassen, C. A., Emond, J. A., Pelletier, A. J., & Camargo, C. A. (2005). Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 56(6), 671–7. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.671>

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- López Alvarenga, J. C., Vázquez Velázquez, V., Arcila Martínez, D., Sierra Ovando, Á. E., González Barranco, J., & Salin Pascual, R. J. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de investigación clínica*, 54(5), 403–409. Recuperado a partir de <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=781606>
- Lubomirsky, B., Wang, X., Xie, H., Smirnoff, J. B., Biehn, T. L., Contractor, A. A., ... Tamburrino, M. B. (2014). Preliminary study on the relationship between visitation in the emergency department and posttraumatic mental health. *Social work in mental health*, 12(1), 69–80. <https://doi.org/10.1080/15332985.2013.841611>
- Mahadevan, S. V., & Garmel, G. M. (2005). *An Introduction to Clinical Emergency Medicine*. New York: Cambridge University Press. Recuperado a partir de <https://books.google.co.in/books?id=pyAlcOfBhjIC>
- Marchesi, C., Brusamonti, E., Borghi, C., Giannini, A., Di Ruvo, R., Minneo, F., ... Maggini, C. (2004). Anxiety and depressive disorders in an emergency department ward of a general hospital: a control study. *Emergency medicine journal : EMJ*, 21(2), 175–9. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14988342>
- Marchesi, C., Brusamonti, E., Giannini, A., Ruvo, R. D., Minneo, F., Quarantelli, C., & Maggini, C. (2001). Psychiatric disorders in patients admitted to emergency department wards. *Stress Medicine*, 17(1), 47–53. Recuperado a partir de <http://www.ingentaconnect.com/content/jws/smi/2001/00000017/00000001/art00883>

- Martínez Basurto, A. E., Sánchez Román, S., Aguilar Villalobos, E. J., & Rodríguez Pérez, V. (2014). Adaptación y validación del Cuestionario Mos de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 93–101. Recuperado a partir de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/53611>
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *The American psychologist*, 35(9), 807–17. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7416568>
- Matsuda, R., Kohno, T., Kohsaka, S., Fukuoka, R., Maekawa, Y., Sano, M., ... Fukuda, K. (2017). The prevalence of poor sleep quality and its association with depression and anxiety scores in patients admitted for cardiovascular disease: A cross-sectional designed study. *International journal of cardiology*, 228, 977–982. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.11.091>
- Ministerio de Salud. (2011). *Estadísticas de Atenciones y Recursos para la salud, años 2005 a 2009*.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Unidades de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios y publicaciones*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado a partir de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
- Morales-Catalayud, F. (1997). *Introducción al Estudio de la Psicología de la Salud*. Hermosillo: Editorial Unison.
- 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>

National Center for Health Statistics. (2018). *Health, United States, 2016: With Chartbook on Long-term Trends in Health*. Hyattsville.

National Institute of Mental Health. (2016). Depression. Recuperado a partir de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>

Nicassio, P. M., Meyerowitz, B. E., & Kerns, R. D. (2004). The Future of Health Psychology Interventions. *Health Psychology*, 23(2), 132–137.

<https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.132>

Norton, I., Von Schreeb, J., Aitken, P., Herard, P., & Lajolo, C. (2013). *CLASSIFICATION AND MINIMUM STANDARDS FOR FMT CLASSIFICATION AND MINIMUM STANDARDS FOR FOREIGN MEDICAL TEAMS IN SUDDEN ONSET DISASTERS*.

World Health Organization. Recuperado a partir de

[http://www.who.int/about/licensing/copy-right\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copy-right_form/en/index.html)

Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund quarterly*, 49(4), 509–38.

Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5155251>

Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración Alma-Ata. Salud para todos.

Recuperado el 18 de mayo de 2017, a partir de <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>

Owens, P. L., Mutter, R., & Stocks, C. (2010). *Mental Health and Substance Abuse-Related*

*Emergency Department Visits among Adults, 2007: Statistical Brief #92. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs.* Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21413214>

Perruche, F., Elie, C., d'Ussel, M., Ray, P., Thys, F., Bleichner, G., ... Claessens, Y.-E. (2011). Anxiety and depression are unrecognised in emergency patients admitted to the observation care unit. *Emergency Medicine Journal*, 28(8), 662–665. <https://doi.org/10.1136/emj.2009.089961>

Pines, J. M., Hilton, J. A., Weber, E. J., Alkemade, A. J., Al Shabanah, H., Anderson, P. D., ... Schull, M. J. (2011). International Perspectives on Emergency Department Crowding. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1358–1370. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01235.x>

Pines, J. M., & Hollander, J. E. (2008). Emergency Department Crowding Is Associated With Poor Care for Patients With Severe Pain. *Annals of Emergency Medicine*, 51(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.07.008>

Polikandrioti, M., Goudevenos, J., Michalis, L. K., Koutelekos, J., Kyristi, H., Tzialas, D., & Elisaf, M. (2015). Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. *Hellenic journal of cardiology : HJC = Hellenike kardiologike epitheorese*, 56(1), 26–35. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25701969>

Reyes-Flores, A., & Grimaldo-Loredo, B. (s/f). TRIAGE EN LA SALA DE URGENCIAS.

Saliou, V., Fichelle, A., McLoughlin, M., Thauvin, I., & Lejoyeux, M. (2005). Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service. *General*

*Hospital Psychiatry*, 27(4), 263–268.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.03.009>

San Martín, H. (1992). *Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas*. México: La Prensa Médica Mexicana, S. A. de C. V.

Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar al bien morir: la interfaz intervención-investigación en psicología de la salud. En *La psicología de la salud en América Latina* (pp. 33–44). México: Porrúa.

Secretaria de Salud. (1998, diciembre 7). PROYECTO de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación*. Distrito Federal. Recuperado a partir de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4901893&fecha=07/12/1998](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4901893&fecha=07/12/1998)

Secretaria de Salud. (2017). Servicios Otorgados. Recuperado el 11 de agosto de 2017, a partir de [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/serviciosotorgados\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/serviciosotorgados_gobmx.html)

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine* (1982), 32(6), 705–14. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2035047>

Soril, L. J. J., Leggett, L. E., Lorenzetti, D. L., Noseworthy, T. W., & Clement, F. M. (2016). Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: A systematic review of international healthcare systems. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 120(5), 452–61. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.006>

- Sosa-Acosta, Á. (2004). *Urgencias médicas. Guía de primera atención*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Stone, G. C. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1), 15–26. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80520102>
- Sun, B. C., Hsia, R. Y., Weiss, R. E., Zingmond, D., Liang, L.-J., Han, W., ... Asch, S. M. (2013). Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients. *Annals of Emergency Medicine*, 61(6), 605–611.e6. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.10.026>
- Suter, R. E. (2012). Emergency medicine in the United States: a systemic review. *World journal of emergency medicine*, 3(1), 5–10. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2012.01.001>
- Totten, V. Y., Bryant, T. K., Chandar, A. K., Hoch, W. B., Hunter, S. L., Patel, N. J., & Brenner, B. E. (2014). Perspectives on visitors in the emergency department: their role and importance. *The Journal of emergency medicine*, 46(1), 113–9. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.04.057>
- Vilchis-Aguila, A., Secín Diep, R., López Avila, A., & Córdoba Pluma, V. H. (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. *Medicina interna de México*, 26(1), 5–10.
- Vu, F., Daepfen, J.-B., Hugli, O., Iglesias, K., Stucki, S., Paroz, S., ... Bodenmann, P. (2015). Screening of mental health and substance users in frequent users of a general

Swiss emergency department. *BMC emergency medicine*, 15, 27.

<https://doi.org/10.1186/s12873-015-0053-2>

Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of family & community medicine*, 12(2), 63–70. Recuperado a partir de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23012077>

Webster, R., Norman, P., Goodacre, S., Thompson, A. R., & McEachan, R. R. C. (2014).

Illness representations, psychological distress and non-cardiac chest pain in patients attending an emergency department. *Psychology & health*, 29(11), 1265–82.

<https://doi.org/10.1080/08870446.2014.923885>

Weiss, A. J., Barrett, M. L., Heslin, K. C., & Stocks, C. (2016). *Trends in Emergency Department Visits Involving Mental and Substance Use Disorders, 2006–2013*.

Wells, K. B., Golding, J. M., & Burnam, M. A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 145(8), 976–981. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.8.976>

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders*.

Geneva: World Health Organization. Recuperado a partir de

[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/)

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–70. Recuperado a partir de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>

## Anexo 1



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"  
**Ficha de identificación "Paciente y familiar"**

### I. Datos generales

Expediente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Creencia religiosa: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Número Interior Colonia  
Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Delegación/municipio: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Facebook: \_\_\_\_\_  
Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_ Usa lentes: \_\_\_\_\_ Lateralidad \_\_\_\_\_  
Psicólogo que evaluó: \_\_\_\_\_ Psicólogo responsable: \_\_\_\_\_

### II. Datos médicos

Área de atención: \_\_\_\_\_ No. de cama: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada a urgencias: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico de ingreso a urgencias: \_\_\_\_\_ Diagnóstico base: \_\_\_\_\_  
Comorbilidades: \_\_\_\_\_  
SIGNOS VITALES: P.A. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_ TEMP.: \_\_\_\_\_  
PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ SAT OXÍGENO: \_\_\_\_\_  
Plan y manejo médico: \_\_\_\_\_  
Pronóstico: \_\_\_\_\_  
Reingreso: SÍ NO Motivo: \_\_\_\_\_ No. De hospitalizaciones previas: \_\_\_\_\_

#### *Percepción del paciente*

¿Sabe de su diagnóstico? SÍ NO ¿Qué sabe? \_\_\_\_\_

¿Sabe de su pronóstico? SÍ NO ¿Qué sabe? \_\_\_\_\_

**Hospital General "Dr. Manuel Gea González"**  
**Ficha de identificación "Paciente y familiar"**

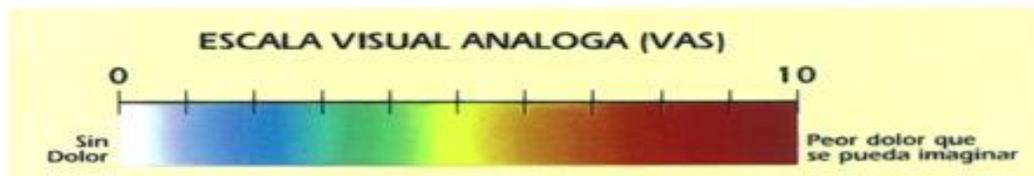
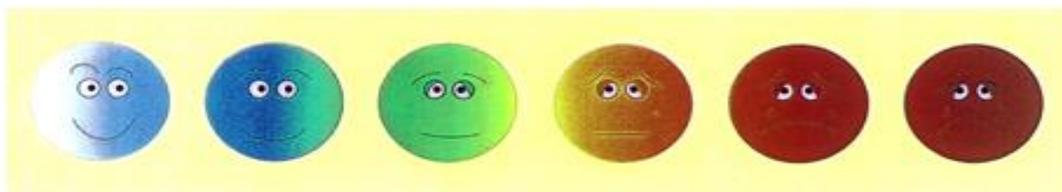
**III. Apoyo Social percibido**

Personas que lo cuidan durante la hospitalización					
Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco	Frecuencia

¿Llegó acompañado a Urgencias?    Sí    NO  
 ¿Por quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Se va de alta acompañado?        Sí    NO  
 ¿Por quién? \_\_\_\_\_

**Evaluación del Dolor**

Mostrar escala de caras A COLOR (formato plastificado)



¿Es claro? \_\_\_\_\_

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"  
Ficha de identificación "Paciente y familiar"

Estado de ánimo

Edmonton Symptom Assess System (ESAS)											
Síntoma	Intensidad										
	Ausencia					Lo más alto que te puedas imaginar					
Depresión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ansiedad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bienestar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otro: _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

MINI

DEPRESIÓN

A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	
A3	<b>En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</b>			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 8$ libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

Ficha de identificación "Paciente y familiar"

HADS

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

Ficha de identificación "Paciente y familiar"

MOSS

	Nunca	Pocas veces	Algunas	La mayoría de	Siempre
1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar enfermo en la cama	1	2	3	4	5
2. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
4. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
5. Alguien en quien confiar o con quien hablar de usted mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
6. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
8. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
9. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
10. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
11. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
12. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
13. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
15. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
16. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

17. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos: \_\_\_\_\_