



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE CONDUCTA SUICIDA EN
CASOS DE BIPOLARIDAD DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE
GUAYAQUIL

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO PARA
EL TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR:

ESTHER DE LAS MERCEDES SALAZAR PIEDRA

TUTOR:

DR. CARLOS ENRIQUE ORELLANA ROMAN

SAMBORONDÓN, 24 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

HOJA DE APROBACION DEL TUTOR

Guayaquil, 12 de JULIO de 2021

Yo Dr. Carlos Enrique Orellana Roman, en calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema **"FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES CON BIPOLARIDAD DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL PERÍODO 2018- 2019"**, presentado por la alumna **Esther de las Mercedes Salazar Piedra**, con código estudiantil **2012100901**, estudiante de la carrera de medicina, certifico que el **trabajo de titulación**, ha sido revisado de acuerdo a los lineamientos establecidos y reúne los criterios científicos y técnicos de un trabajo de investigación científica, por lo que puede ser presentado a revisión al jurado examinador designado por el H.Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud "Enrique Ortega Moreira", de la Universidad de Especialidades Espiritu Santo.



Dr. Carlos Enrique Orellana Roman
CI:0101124964

Señor Doctor
José Pedro Barberán Torres
Decano
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Especialidades Espiritu Santo

De mis consideraciones:

Estimado Director, Yo Esther de las Mercedes Salazar Piedra, portador de la cédula de identidad **0924798283**, estudiante de 5to año de la carrera de Medicina de **Universidad de Especialidades Espiritu Santo (UEES)**, me dirigo a usted de manera cordial solicitando me autorice el tema de mi **Trabajo de Titulación**. El título de la investigación es **"FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES CON BIPOLARIDAD DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL PERÍODO 2018- 2019"**.

Agradezco de antemano su atención.

Atentamente, 

Esther de las Mercedes Salazar Piedra
Correo electrónico: techisalazar@uees.edu.ec
Teléfono: (593)-999038687

Dedicatoria

Dedico este trabajo primeramente a Dios, por ser mi creador y ayudarme a cumplir esta gran meta de mi vida. Además, de brindarme su protección estuvo para mí en cada segundo, para escuchar mis angustias y llenarme de ánimo y fortaleza.

A mi madre por ser el pilar de mi vida durante este proceso de mi carrera, que a pesar de todos los obstáculos siempre tuvo una guía para poder tomar la mejor decisión.

Al profesor Dr. Carlos Orellana, por ser mi tutor. Tuve la fortuna de conocerlo y elegirlo para ser mi mano derecha en este valioso camino.

Agradecimientos

Agradezco a mi tutor el Dr. Carlos Orellana que sin el esto no hubiera sido posible, siempre estuvo dispuesto a ayudarme con todos los datos necesarios y con la mejor actitud para poder realizar este trabajo de titulación.

A mis amigos, que muchas veces tuvieron que lamentar mis ausencias en este tiempo pero que, aún así, siguieron junto a mí.

ÍNDICE GENERAL

1	CAPITULO 1	1
1.1	Antecedentes	1
1.2	Descripción del problema.....	1
1.3	Justificación del problema	2
1.4	Objetivo general	2
1.5	Objetivo específicos	3
1.6	Hipótesis	3
2	CAPÍTULO 2	3
2.1	Marco teórico	3
2.2	Generalidades.....	3
2.3	Epidemiología del suicidio	4
2.4	Suicidio y patología psiquiátrica	5
2.5	Términos que conforman la ideación y el comportamiento suicida	6
2.6	Métodos suicidas	7
2.7	Conducta suicida.....	8
2.8	Conducta parasuicida	8
2.9	Factores de riesgo de conductas suicidas.....	9
2.9.1	Sexo y edad	9
2.9.2	Estado civil	9
2.9.3	Desempleo	10
2.9.4	Abuso sexual	10
2.9.5	Abuso psicológico, abuso físico y disfunción familiar	10
2.9.6	Escalas de evaluación de riesgo suicida.....	11
2.10	Trastorno bipolar	12
2.11	Etiología del Trastorno Bipolar	13
2.12	Formas clínicas	14
2.13	Factores que empeoran el riesgo de suicidio	15
2.13.1	Consumo de sustancias.	15
2.13.2	Trastorno de ansiedad.....	16
3	CAPITULO 3	18
3.1	Diseño metodológico.....	18
3.2	Localización	18

3.3	Período	18
3.4	Universo.....	18
3.5	Muestra.....	19
3.5.1	Criterios de inclusión.	19
3.5.2	Criterios de exclusión.	19
3.6	Análisis y datos	19
3.6.1	Recolección de datos	19
3.6.2	Análisis de datos	21
3.7	Aspectos éticos legales.....	21
3.8	Presupuesto.....	22
3.9	Cronograma	23
3.10	Variables.....	24
4	CAPITULO 4	27
4.1	Resultados.....	27
4.1.1	Género masculino del área de emergencia, periodo 2018.	27
4.1.2	Género femenino del área de emergencia, periodo 2018.	32
4.1.3	Género masculino del área de consulta externa, periodo 2018.	36
4.1.4	Género femenino del área de consulta externa, periodo 2018.	41
4.1.5	Género masculino del área de emergencia, periodo 2019.	45
4.1.6	Género femenino del área de emergencia, periodo 2019.	48
4.1.7	Género masculino del área de consulta externa, periodo 2019.	52
4.1.8	Género femenino del área de consulta externa, periodo 2019.	57
5	CAPÍTULO 5	67
5.1	Discusión	67
6	CAPITULO 6	69
6.1	Conclusión	69
7	CAPITULO 7	70
7.1	Recomendaciones	70
	RESUMEN	72
	REFERENCIAS	72
	ANEXOS.....	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escalas de medición.	11
Tabla 2. Etiología del Trastorno Bipolar.	13
Tabla 3. Las cuatro formas clínicas del trastorno bipolar según el DSM-5.	14
Tabla 4. Codificación internacional de enfermedades (CIE:10) para trastorno del humor (afectivos).	19
Tabla 5. Presupuesto y financiamiento.	22
Tabla 6. Operacionalización de las variables	24
Tabla 7. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína, en el género masculino, área de.....	28
Tabla 8. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y marihuana, en el género masculino, área de.....	29
Tabla 9. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína, en el género masculino, área de emergencia	30
Tabla 10. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol, en el género masculino, área de.....	30
Tabla 11. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y Escala de depresión de Beck, en el género	31
Tabla 12. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína en el género femenino, área de emergencia.....	33
Tabla 13. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína en el género femenino, área de emergencia.....	34
Tabla 14. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol en el género femenino, área de emergencia.....	35
Tabla 15. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y Escala de depresión de Beck, en el género	35

Tabla 16. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína, en el género masculino, área de consulta.....	37
Tabla 17. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y marihuana, en el género masculino, área de.....	38
Tabla 18. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína, en el género masculino, área de.....	39
Tabla 19. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol, en el género masculino, área de consulta.....	39
Tabla 20. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y Escala de depresión de Beck, en el género	40
Tabla 21. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol en el género femenino, área de	42
Tabla 22. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína en el género femenino, área de	42
Tabla 23. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y escopolamina en el género femenino área de	43
Tabla 24. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína en el género femenino área de	44
Tabla 25. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y Escala de Beck en el género femenino área de	45
Tabla 26. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína en el género masculino área de.....	46
Tabla 27. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol en el género masculino área de emergencia	47
Tabla 28. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y escala de Beck en el género masculino área de.....	48
Tabla 29. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína en el género femenino área de	50
Tabla 30. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína en el género femenino área de emergencia.....	50

Tabla 31.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol en el género femenino área de emergencia.....	51
Tabla 32.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y escala de Beck en el género femenino área de	52
Tabla 33.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína en el género masculino área de consulta externa.....	54
Tabla 34.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y ectase en el género masculino área de consulta externa.....	54
Tabla 35.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína en el género masculino área de consulta externa.....	55
Tabla 36.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol en el género masculino área de consulta.....	56
Tabla 37.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y escala de Beck en el género masculino área de consulta.....	56
Tabla 38.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína en el género femenino área de consulta externa	58
Tabla 39.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y escopolamina en el género femenino área de consulta.....	59
Tabla 40.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y marihuana en el género femenino área de consulta.....	60
Tabla 41.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína en el género femenino área de consulta externa	60
Tabla 42.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol en el género femenino área de consulta externa	61
Tabla 43.Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y escala de Beck en el género femenino área de consulta.....	62
Tabla 44. Correlacion entre las variables trastorno de ansiedad y conducta suicida.	63
Tabla 45.Correlacion entre las variables consumo de drogas y conducta suicida.	64
Tabla 46. Correlacion entre las variables consumo de alcohol y conducta suicida.	65

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Diagrama de Venn.	6
Ilustración 2. Cronograma de actividades.	23
Ilustración 3. Regresión lineal con variables trastorno de ansiedad y conducta suicida.....	64
Ilustración 4.Regresión lineal con variables consumo de drogas y conducta suicida.	65
Ilustración 5. Regresión lineal con variables consumo de alcohol y conducta suicida.	66

CAPITULO 1

ANTECEDENTES

El suicidio es una entidad que engloba una diversidad de orígenes, sean estos extrínsecos e intrínsecos, exponiendo al individuo a riesgo de muerte, por lo que es primordial realizar un desglose, tanto del origen de la enfermedad, como del tipo de individuo que está siendo afectado.

Ecuador en las últimas dos décadas casi 300 jóvenes y adolescentes de 10 a 24 años se quitaron la vida anualmente (1). A nivel de Latinoamérica, cada hora se suicidan 7 personas. (2) En los Estados Unidos en el año 2016, evidenciaron que, en varias naciones, las estadísticas sobre trastorno mental y adicción se han correlacionado con registros de defunción, para las personas con enfermedades mentales importantes (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, entre otros), así pues, el riesgo de suicidio es significativamente elevado (3).

Algunos trastornos mentales confieren más riesgo de suicidio que otros; por ejemplo, en países desarrollados, los trastornos que más predicen un intento de suicidio son el trastorno bipolar, el trastorno por estrés postraumático y la depresión mayor, mientras que en los países en desarrollo son el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de conducta y el abuso/dependencia de drogas (4).

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La prevalencia de la conducta suicida reportados en el año 2017, según KuoHsiu et al, indicaron que las mujeres representan el 13,5%; en comparación a los hombres con el 10,3%, en la población general; referente a este 13,5%, las dos terceras partes tienen un plan suicida y la décima parte tienen intentos suicidas sin un plan (5).

Los factores de riesgo que predisponen, para la conducta suicida son; alcoholismo, género femenino, edades entre 15 a 29 años, trastornos asociados al abuso de drogas, y aquellos problemas de salud mental, en donde el trastorno bipolar involucra al 20% y el 58% de pacientes que intentan suicidarse (6) (7) (8) (9) (11).

Con esta investigación se podrá dar a conocer los factores de riesgo que se relacionan con la conducta suicida, para este modo darle énfasis en la detección precoz de la conducta suicida en pacientes con bipolaridad.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Esta investigación pretende encontrar los factores asociados de la conducta suicida en pacientes bipolares, por tener una consecuencia potencialmente mortal, ya que se encontró la tasa de intento suicida del 15.32% desde 1994 hasta 2005 (17).

De acuerdo con el del Ministerio de Salud Pública (MSP), el presupuesto de salud mental es sólo del 1.2%, en donde el 60% se destinó a los hospitales psiquiátricos (18). En efecto, las enfermedades mentales representan como prioridad en la décimo primera línea de investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP), por razones socioeconómicas, ambientales, individuales, servicios sanitarios, y en respuesta a los problemas de salud que se suscitan en el país (19).

Es evidente que, mejorando la detección precoz de los factores de riesgo que conllevan a una conducta suicida en los antecedentes como el género, drogas y situación laboral direcciona a un mejor manejo multidisciplinario, esto evitara la disminución de la conducta suicida, como efecto la baja de las tasas de suicidio. mejorando la dinámica familiar y el entorno laboral.

Objetivo general

Describir los factores asociados a las conductas suicidas en los casos con trastorno de bipolaridad en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil; durante el periodo 2018-2019.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Deteminar la frecuencia de conducta suicida, en los pacientes con bipolaridad, que acudieron por la emergencia y consulta externa del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil; durante el periodo 2018-2019.
- Detallar los factores asociados que llevan a una conducta suicida como la edad, consumo de sustancias y trastorno de ansiedad en pacientes con bipolaridad en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil; durante el periodo 2018-2019.
- Identificar la correlacion de los eventos suicidas con el consumo de alcohol, drogas y trastornos de ansiedad agregadosal trastornosde bipolaridad en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil; durante el periodo 2018-2019.
-

HIPÓTESIS

H1 los factores de riesgos más importantes de una conducta suicida en un paciente con trastorno de bipolaridad son la edad los consumos de sustancias y el entorno social en que se desarrolla.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES

El suicidio es el acto premeditado y compulsivo por medio del cual desea terminar con su vida, los suicidios en mujeres se explican en su mayoría por la violencia y maltrato sexual, en cuanto a los hombres los suicidios son más violentos (20).

A saber, la presencia de trastornos mentales también es indicada como un factor prioritario de intentar suicidarse (21); cuyo riesgo aumenta cuanto mayor es la cantidad de diagnósticos psiquiátricos comórbidos (22).

Adicional, pacientes con diagnóstico de trastorno mental, la falta de tratamiento de salud mental y el incumplimiento terapéutico se relacionan con mayor probabilidad de realizar intento suicida y de repetir dicha tentativa. Probablemente, el no cumplir el régimen terapéutico es común en ciertas patologías psiquiátricas, con predominio en el trastorno depresivo, el trastorno bipolar y la esquizofrenia (23).

De este modo se muestra que, el mayor número de suicidio consumado, los intentos de suicidio y las ideas suicidas están más presentes en el trastorno bipolar que en otras patologías mentales y suelen presentarse con predominio durante el estado depresivo, con un porcentaje entre 10% y 15% (24).

Las conductas suicidas pueden ser incrementadas ante el consumo de alcohol, o el uso de sustancias psicoestimulantes. El rol de la familia también juega un papel importante, sobre todo en la adolescencia. El grupo de pares es determinante como factor protector o de riesgo; el rechazo del adolescente por sus compañeros, el acoso escolar (bullying), y cada vez más fuerte el ciberacoso, este último presente no solo en el marco escolar, y así como el aislamiento adoptado por una orientación sexual determinada identificación de género, no aceptada en el grupo constituyen factores de riesgo para el comportamiento suicida (25) (26) (27).

Las intervenciones de salud mental que promueven la funcionabilidad familiar y un clima escolar positivo son necesarias para prevenir el comportamiento suicida entre los adolescentes (28).

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

El enfoque epidemiológico del suicidio, se estima que, en el mundo, el suicidio constituyó 1.8% de morbilidades en 1998 y en el año 2020 será el 2.4%, este crecimiento se atribuye en los países de ámbito socialista, los países con alta

tasa de suicidio se encuentran; en América del Norte con el 5.3%, siendo México el país más involucrado; en América del Sur es del 5.2% y Caribe no hispano es del 7.4% (29).

Cabe recalcar que, la población infantil ha cobrado importancia en los últimos años, el registro de muertes de niños en Australia desde 2004 a 2012, fue de 149 suicidios, de los cuales 34 eran de 10 a 14 años y 115 eran de 15 a 17 años, se concluyó que los más vulnerables a suicidarse son los que vivían en áreas remotas (30).

Los adultos jóvenes se encuentran como una población susceptible al suicidio, en investigaciones sobre la proporción de individuos de una población que presentan de suicidio en un momento o periodo de su vida, en Colombia, desde el año 1989 hasta el 2008 existieron 683 suicidios consumados, la cual 321 eran de jóvenes entre 18 a 34 años, correspondiente al 47% de la población; en cuanto al sexo masculino sigue siendo el principal actor del suicidio, teniendo un porcentaje del 82%, con una relación 4:1, en cuanto al método de suicidio más utilizado en el sexo masculino, fue muerte por ahorcamiento y arma de fuego con un 32%, y en el sexo femenino fue por intoxicación o envenenamiento con un 59% (31).

En Ecuador, en el año 2015, la tasa de suicidio fue de 7.9 por cada 100,000 habitantes, referente a la proporción por edad, el 5,8% corresponde a adultos jóvenes de 21 a 39 años, el 1.5% corresponde a, adultos de 40 a 65 y el 0.2% corresponde a, personas mayores de 65 años (32).

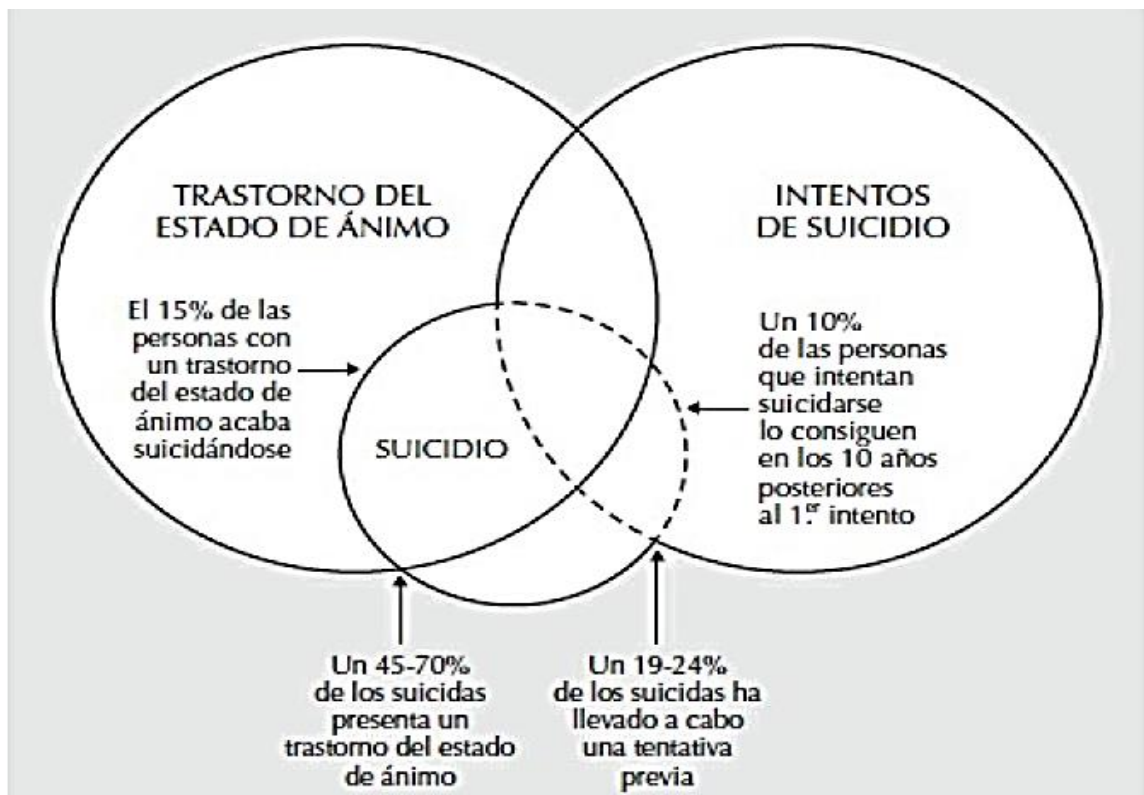
SUICIDIO Y PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Los trastornos psiquiátricos son un factor de riesgo para acto suicida, dentro de los estudios se han identificado el 90 a 95% de los suicidios consumados, estudios afirman que, los hombres tienen alto riesgo de suicidio, en especial los que poseen trastornos afectivos, psicóticos y que además en su mayoría llevan 10 años de evolución de su enfermedad (33).

Hay que mencionar que, el riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos es de 3 a 12 veces mayor que de personas sin problemas mentales. El grado de riesgo varía según la edad, el sexo, el diagnóstico y si el paciente está ingresado o no en una unidad hospitalaria (33).

A continuación, se evidencia un diagrama, donde se resumen los datos referentes al suicidio y su relación con las patologías que involucran el estado de ánimo y las tentativas de suicidio (33).

Ilustración 1. Diagrama de Venn.



TÉRMINOS QUE CONFORMAN LA IDEACIÓN Y EL COMPORTAMIENTO SUICIDA

Dentro de la medicina psiquiátrica, existe una gradación hasta llegar al evento propiamente dicho, por lo que es importante definir términos, que sean un sustrato para la correcta aplicación hacia un diagnóstico (34).

A continuación, se detallan.

- **Autolesión deliberada:** dolor o actos dolorosos autodestructivos o autolesivos de manera voluntaria sin pretender morir (34).
- **Ideación suicida:** pensamiento que sirve de agente para la propia muerte; la gravedad puede variar en función de la especificidad de los planes de suicidio y del grado del intento suicida (34).
- **Intento de suicidio:** expectativas y deseos subjetivos de realizar un acto autodestructivo que finalice en muerte (34).
- **Letalidad de la conducta suicida:** peligro objetivo para la vida asociado con un método o una acción suicida. La letalidad es distinta y no tiene por qué coincidir con las expectativas del individuo sobre lo que es medicamente peligroso (34).
- **Suicidio:** muerte autoinfligida con evidencias explícitas o implícitas de que la persona pretendía morir (34).
- **Tentativa de suicidio:** comportamiento autolesivo con un resultado no mortal acompañado de evidencias explícitas o implícitas de que la persona pretendía morir (34).
- **Tentativa de suicidio fallida:** comportamiento potencialmente autolesivo con evidencias explícitas o implícitas de que la persona pretendía morir, pero interrumpió el intento antes de que se produjera el daño físico (34).
- **Parasuicidio:** acto dañino contra uno mismo que aparenta suicidio, pero sin la determinación de morir, aunque pueda terminar con la vida por accidente o descuido. Es una llamada de atención, las más de las veces seria. Puede aparecer como conducta impulsiva o autodestructiva (35).

MÉTODOS SUICIDAS

Los métodos suicidas a lo largo del tiempo se han clasificado en dependencia de la acción a realizar, en caso de ahorcamiento, arma de fuego o arma blanca se las definió como métodos activos; y en caso de drogas, venenos o gases se las conoce como métodos pasivos, por otra parte, se las puede clasificar

como suicidio “violento”, “no violento” o por exposición a tóxicos y sumersión. (36)

Con respecto, al factor que se asocia en el método de suicidio a utilizar, se basa en las características demográficas, sociales, culturales de cada país, región y comunidad en la cual se desarrolla la persona, ya sea en ciudades, en donde los edificios, los puentes, los centros comerciales y los pases aéreos son los lugares predilectos para cometer el acto suicida. En caso de las zonas rurales, los suicidios abarcan métodos pasivos, que incluyen el uso de insecticidas. En ciertas culturas adoptan ciertas “modalidades de suicidio”, lo que aconteció en algunos países asiáticos, con el uso del carbón, quemándolo en espacios cerrados, conduciendo a la inhalación de monóxido de carbono, consiguientemente esta modalidad se extendió a otros países, en los cuales incluyeron Australia y Canadá (37).

CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida es el conjunto de toda la psique, en donde involucran motivaciones, deseos, anhelos, impulsos, instintos de acabar con la propia vida, en la cual se divide en ideas suicidas e intento suicida, inicialmente el intento suicida es el daño autoinfligido, se desarrolla en el propio sujeto, quien quiere llevar a cabo cierta intención de morir, y como consecuencia pueden llegar al suicidio consumado (38).

Todo empieza con la ideación suicida, que es un marcador de vulnerabilidad y puede desencadenar el intento de suicidio, lo que lleva a la consumación de la idea: el suicidio (39).

CONDUCTA PARASUICIDA

Las conductas parasuicidas son conductas de autodestrucción. Se ha identificado como un considerable problema de salud pública, tanto por su incremento de número de casos como las considerables adversidades en el ámbito psicosocial y el entorno familiar. Se estima que por cada suicidio

consumado existen 8 a 10 parasuicidios, y por cada intento, 8 veces lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo (40).

En este sentido, aquellos que tienen conductas parasuicidas suelen presentar alteraciones de la afectividad, pueden depender del alcohol, estado esquizofrénico y alteración de la personalidad (41).

En el parasuicidio o de suicidio fallido, puede existir estrés de tipo psicológico y social (problemas interpersonales, conflictos de pareja, fallos económicos y/o controversias negativas entre familiares), los cuales son generadores de un estado vulnerable (42).

FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTAS SUICIDAS

SEXO Y EDAD

Las tasas de mortalidad por suicidio han cambiado en el tiempo, según un estudio retrospectivo que se realizó en Scotland desde 1974 hasta el 2015, notaron que las mujeres en la década de 1990 hasta el 2006 mantuvieron elevadas las tasas de suicidio, a partir de dicha fecha, cambio al sexo masculino en edades de 15 hasta los 50 años (43).

En un estudio multicéntrico, epidemiológico en Estados Unidos, evaluaron en la base de datos de los informes escolares y mostraron que los niños entre 9 y 10 años con diagnóstico de trastornos afectivos y esquizofrenia el 47% de niñas tienen ideas suicidas, de las cuales ideas suicidas pasivas de por vida 6.4% ,para las ideas activas con método o plan 2.4%, para intento de suicidio 1.3%, y autolesiones no suicidas 9.1%; en donde se asociaron a un alto grado de conflicto familiar y una disminución en la relación paternal (44).

ESTADO CIVIL

De acuerdo con un metaanálisis se estudiaron 36 publicaciones obtenidas de bases de datos electrónicos, se detectó una elevación del riesgo suicida en casados, menores de 65 años; las personas divorciadas se encuentran con

mayor riesgo suicida en comparación con las casadas; y los hombres solteros tienen mayor riesgo de suicidio comparado con los otros estados civiles (45).

DESEMPLEO

El ser humano adquiere la capacidad y voluntad de trabajar, se frustra cuando se le niega la posibilidad de hacerlo; al no sentirse útil para la sociedad, su familia, lo llevan al resentimiento con las instituciones y la sociedad, lo que precede a conductas violentas. En un estudio cohorte en Suecia durante el 2007 hasta el 2010, se identificaron que el deterioro funcional estuvo relacionado con el trabajo en un 16% (46).

La crisis económica está asociada al aumento de la conducta suicida, en España, en la zona de Andalucía después de la crisis, las personas entre las edades de 35 a 54 años tuvieron altas tasas de intentos suicidas (47).

En China, en una investigación realizada con 4291 participantes, se encontró una ideación suicida del 4,29% en el último año, mayor en mujeres que en hombres, y como factores importantes se hallaron las deudas, el desempleo y el pertenecer a familias con condición económica baja (48).

ABUSO SEXUAL

La esfera psicológica y ambiental se encuentra afectada, en el paciente que es víctima de abuso sexual en especial en su niñez; en Centro América la prevalencia de los países reportados sobre abuso sexual en menores de 15 años fue de 4,7% en Guatemala; 6,4% en El Salvador; y 7,8% en Honduras, en donde los agresores eran conocidos de sus víctimas y la edad de inicio no supera los 11 años (49).

De acuerdo con un estudio retrospectivo, se evaluaron 117 estudios que incluyeron 65.851 sujetos, concluyendo que, existe asociación entre el abuso infantil y la conducta suicida, además de que el abuso sexual infantil tiene asociación con otros trastornos psicológicos y de comportamiento (50).

ABUSO PSICOLÓGICO, ABUSO FÍSICO Y DISFUNCIÓN FAMILIAR

La asociación del suicidio y el abuso se encuentran en estrecha relación, los conflictos con algunos de los miembros de familia se asocian a mayor riesgo de intento suicida, la familia con mayores problemas son los precipitantes, y posteriormente lo que repercute en el comportamiento de las personas; de acuerdo con un artículo colombiano el 30.7% de las personas, presentaron entre 5 y 7 días pensamientos de “su familia estaría mejor si ella estuviera muerta” y “pensé en matarme” tuvieron un mayor intento suicida (51).

Dependiendo de las características de cada persona, su entorno y su capacidad de afrontamiento, estos episodios traumáticos pueden en algunos casos no tener repercusiones en la vida de una persona más allá del evento en sí, pero en otros casos puede dar lugar a futuras complicaciones a corto, medio o largo plazo, según el tipo e intensidad del acto, la edad del menor en el momento de su realización o las características sociodemográficas (52).

En el mismo sentido, en una investigación realizada en México con 65 adolescentes, los problemas familiares fueron la principal causa del intento suicida, 51 de los participantes mencionaron estos problemas como causa principal, en situaciones como violencia entre los padres y problemas entre hermanos (53).

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE RIESGO SUICIDA

No todas las escalas realizadas en la predicción de riesgo de suicidio poseen una consistencia interna, validez predictiva o concurrente, o fiabilidad test-retest adecuadas (54).

En general, el conjunto de escalas de evaluación psicométrica de que disponemos puede agruparse en tres apartados fundamentales:

- Escalas de predicción/riesgo de cometer actos homicidas.
- Escalas de los actos suicidas.
- Escalas de actitudes hacia el suicidio.

Tabla 1. Escalas de medición.

Escala	Evalúa
Escala de ideación suicida de Beck	Actitud hacia la vida y la muerte Características de la ideación Características del intento contemplado y actualización de este
Escala de desesperanza de Beck	Expectativas negativas que presenta una persona hacia el futuro y bienestar, así como la habilidad de salvar las dificultades.
Escala de riesgo/rescate de Weissman	Valora la letalidad y la relación entre los factores de riesgo y del posible rescate.
Cuestionario de razones para vivir de Linehan	Creencias y expectativas que se consideran razones para no suicidarse.
Escala de intencionalidad suicida de Beck	Características del intento como las circunstancias, actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa, consumo de alcohol u otras sustancias.
Escala de riesgo suicida de Plutchik	Intentos de suicidio previos, gravedad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza.
Escala de impulsividad de Plutchik	Implicación en comportamientos impulsivos.
Índice de potencial suicida de Zung	Clasifica a personas sin historial de suicidio.

Fuente: Vallejo Ruiloba, Julio.
Elaborado por: El autor

TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno afectivo bipolar afecta alrededor de 45 millones de personas en todo el mundo. Se suele caracterizar por la alternancia de manías y episodios

depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y falta de sueño. Las personas que presentan solamente episodios maniacos y no sufren fases depresivas también se clasifican dentro del diagnóstico de este trastorno (55).

ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR

En la actualidad, la literatura no define su etiología con precisión, sin embargo, la diversidad de estudios generados direcciona a componentes tanto orgánicos como del medio en donde se desenvuelve el individuo. A continuación, se detallan posibles entes etiológicos.

Tabla 2. Etiología del Trastorno Bipolar.

Alteraciones genéticas	El 50% tienen un familiar directo que padece la enfermedad (56)
Anomalías neurohormonales	Se afecta el eje hipotálamo-pituitario-adrenal en todas las fases del trastorno bipolar con o sin síntomas. (57)
Anomalías anatómicas del cerebro	Aún se desconoce si las anormalidades son causas o consecuencias del trastorno. Como se mencionan ventriculomegalias, anomalía frontal, temporal, etc. (58) (59)
Influencias psicosociales	Aislamiento social, baja autoestima, maltrato de la infancia predisponen el desarrollo del trastorno, episodios depresivos desencadenado por pérdidas, en el caso de las manías sucesos negativos como insultos

peleas y sucesos positivos como alcanza metas. (57)

Fuente: Elaboración propia.

FORMAS CLÍNICAS

La depresión mayor podría ser el mayor problema en etapas tempranas de la enfermedad en un 54%, subsecuentemente la manía con un 22%, y la combinación de depresión y manía, con un porcentaje del 24% (60).

Los síntomas que se manifiestan son: disforia, poco interés en actividades que eran agradables a su parecer, poca energía, concentración deficiente y disminución de la memoria, lenguaje lentificado, alteración del peso, puede existir insomnio o hipersomnia, se siente poco útil, sentimientos de culpabilidad con ideas o conductas suicidas en algunos casos, es pesimista, cuida poco de su apariencia personal e higiene, poca convicción e indecisión (61).

La Asociación Americana de Psiquiatría, a través del DSM-5 publicado en mayo del 2013, establece criterios clínicos bien definidos para el diagnóstico de los episodios de manía e hipomanía, que constituyen los cuadros sintomatológicos distintivos para el trastorno bipolar. A continuación se detalla las formas clínicas (62).

Tabla 3. Las cuatro formas clínicas del trastorno bipolar según el DSM-5.

1	Trastorno bipolar I	Episodio de manía, con o sin depresión mayor.
2	Trastorno bipolar II	Hipomanía, con depresión mayor.
3	Trastorno ciclotímico	Hipomanía +síntomas depresivos leves > 2 años

4	Otros trastornos bipolares especificados	Cuadros con “rasgos” de bipolaridad
---	--	-------------------------------------

Fuente: American Psychiatric Association.

En el trastorno bipolar tipo II hay un alto riesgo de suicidarse. El trastorno bipolar no tiene cura, pero el individuo se podría mantener estable con medicamentos, psicoterapia y grupos de apoyo (63).

FACTORES QUE EMPEORAN EL RIESGO DE SUICIDIO

CONSUMO DE SUSTANCIAS.

El consumo de cannabis puede tener un papel determinante en la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos y debido a esto la conducta suicida, sin embargo, puede ser un factor de confusión debido que, al asociarse origina una patología dual y podría tener sesgos, presentándose factores como sociodemografía, vulnerabilidad genética y el consumo de otras sustancias como el tabaco. Se hace referencia a la patología dual cuando dos factores aparecen en un determinado periodo, en este caso sería un trastorno adictivo y un trastorno mental (64).

Es así, que, en los trastornos bipolares, sobre todo el consumo de cannabis concomitante se asocia con una evolución menos favorable, una peor adherencia, un riesgo elevado de suicidio y una menor respuesta al litio (64).

El consumo de cannabis en la adolescencia temprana aumenta el riesgo de depresión y comportamientos suicidas. Existe una asociación entre el consumo de tabaco, el uso de sustancias psicoactivas y las conductas suicidas, el tabaquismo se asoció más con la ideación suicida y el consumo de sustancias psicoactivas con los intentos de suicidio (65).

En referencia a la cocaína, datos muestran una íntima relación entre autolisis y cocaína debido a la elevada prevalencia de esta sustancia en los días previos a cometerse el acto suicida, oscilando entre el 9,4% y 20% (66). La

relación con la cocaína ha determinado que muchos consumidores acaben desarrollando adicción, además se establece que pacientes tratados con opiáceos pueden desestabilizarse a consecuencia del consumo simultáneo de cocaína como por ejemplo aquellos que son tratados con metadona que inician el consumo de cocaína (67).

TRASTORNO DE ANSIEDAD

La agorafobia es un elemento de vulnerabilidad para la inestabilidad emocional y las dificultades interpersonales (68), es así, que existen tendencias suicidas en personas con agorafobia teniendo como comorbilidad procesos depresivos, considerándose esta situación como la de mayor riesgo (69). Con su estudio dio a conocer que una de tres personas con agorafobia tuvo ideación suicida elevada y el 5% indicaron que lo habían intentado o lo intentarían (70).

La agorafobia, según el DSM-5, se diagnostica independientemente de la presencia de trastorno de pánico. A continuación, se mencionan los criterios:

- A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguiente:
 - 1. Uso del transporte público
 - 2. Estar en espacios abiertos
 - 3. Estar en sitios cerrados
 - 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud
 - 5. Estar fuera de casa solo
- B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos. (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).
- C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

- D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad, o la evitación es claramente excesiva.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Un ataque de pánico, según el DSM-5, consiste en un periodo de miedo o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos y durante el cual ocurren cuatro o más de los siguientes síntomas:

- a) Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado.
- b) Sudoración
- c) Temblores o sacudidas
- d) Sensaciones de falta de aire o ahogo
- e) Sensación de atragantamiento

- f) Dolor o malestar en el pecho
- g) Nausea o malestar abdominal
- h) Sensación de mareo, de inestabilidad o de desmayo
- i) Ráfagas de calor o escalofríos
- j) Parestesias (entumecimiento o sensaciones de hormigueo)
- k) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sentirse separado de uno mismo)
- l) Miedo a perder el control o a volverse loco
- m) Miedo a morir

CAPITULO 3

DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño de investigación que se utilizó en el presente trabajo fue de tipo descriptivo y retrospectivo transversal. Se recolectó información de las historias clínicas, de la emergencia y consulta externa del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil.

LOCALIZACIÓN

La presente investigación se basó en datos estadísticos de las áreas de emergencia, hospitalización y la consulta externa del Instituto de Neurociencias, que se encuentra ubicado en el país Ecuador, en la provincia del Guayas, cantón Guayaquil, parroquia Tarqui al noroeste de la ciudad, avenida Pedro Menéndez Gilbert.

PERÍODO

El período está comprendido desde enero 2018 hasta diciembre 2019.

UNIVERSO

Para el desarrollo del presente estudio, se consideró a los casos con trastornos de bipolaridad, que acudieron al área de emergencia, consulta externa y aquellos que requirieron hospitalización por presentar exacerbación de eventos suicidas.

MUESTRA

La muestra será por un muestreo aleatorio simple, que estará comprendida por aquellos casos que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Diferentes grupos etarios
- Datos demográficos completos
- Diagnóstico confirmado de trastorno bipolar, indistintamente de su categorización clínica.
- Historias clínicas completas con codificación CIE 10.
- Casos con eventos o ideas suicidas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Diagnosticados en otras instituciones.
- Fuera del periodo de estudio.
- Aquellos que no acuden a sus controles subsecuentes por más de 6 meses.
- Aquellos con alta petición durante su hospitalización.

ANÁLISIS Y DATOS

RECOLECCIÓN DE DATOS

De esta manera, se procedió a realizar el estudio con la debida autorización por parte de la dirección técnica de la unidad hospitalaria para la obtención de las historias clínicas en el departamento de estadísticas, que tengan codificación internacional de enfermedades (CIE:10), las cuales incluyeron las siguientes expresadas en la tabla 3 basadas en el manual de codificación (71).

Tabla 4. Codificación internacional de enfermedades (CIE:10) para trastorno del humor (afectivos).

Codificación internacional de enfermedades (CIE:10)

F31 Trastorno bipolar afectivo

F32 Episodio depresivo

F32.0 Episodio depresivo leve

F32.1 Episodio depresivo moderado

F33 Trastorno depresivo recurrente

F33.0 Trastorno depresivo recurrente episodio actual leve

F33.1 Trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado

F33.2 Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave con síntomas psicóticos

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

F33.8 Otros trastornos depresivo-recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente, no especificado

F41 Otros trastornos de ansiedad

Fuente: Elaboración propia.

Las variables dependientes, se inician desde su sociodemografía, que guardará estrecha relación con antecedentes y hábitos; y entorno donde se desarrolla.

La variable sociodemográfica, estará conformada por lo siguiente:

- Género
- Grupos etarios
- Estado civil
- Rol en su núcleo familiar

La variable de antecedentes y hábitos estará conformada por lo siguiente:

- Patológicos personales
- Familiares
- Abusos (físico, psicológico y sexual)
- Consumos drogas lícitas e ilícitas

La variable entorno, estará conformada por lo siguiente:

- Situación laboral
- Psicosocial (se relaciona con el medio o se excluye)

La variable Trastornos de ansiedad

- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Fobia social
- Trastornos de adaptación
- Trastornos de ansiedad generalizada
- Ansiedad con síntomas psicóticos

Cada una de estas variables será correlacionada con la variable dependiente que, en este caso de estudio, es la conducta suicida.

ANÁLISIS DE DATOS

Se trabajará con el 100% de la población, y se utilizará software SPSS versión 21 (2012), para el análisis estadístico y correlación de las variables independientes y variable dependiente, que se hallarán en pacientes diagnosticados con trastornos de bipolaridad, que manifestaron exacerbación de eventos suicidas, y cuyos resultados principales se expondrán en tablas y gráficos.

Es así como, se llega a un análisis sistemático de la información recolectada y se procede a la selección apropiada de los documentos científicos, tesis doctorales dentro y fuera de nuestra localidad, artículos de sitios web patentados por la OMS, OPS y la Asociación Americana de Psiquiatría.

ASPECTOS ÉTICOS LEGALES

De acuerdo con las pautas éticas internacionales relacionadas con la salud con seres humanos (CIOMS), en la pauta 22 refiere que la información

recolectada necesita de un protocolo de, como se tratarán los datos (anexo 2), garantizando la confidencialidad de estos (72).

La presente investigación no requiere el consentimiento informado, los datos estadísticos serán obtenidos de las historias clínicas del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil, a través del departamento de estadística. Con lo que respecta, no se publicará información que identifique al paciente aportando medidas de privacidad ante la posibilidad de hurto de información personal.

PRESUPUESTO

Tabla 5. Presupuesto y financiamiento.

Recursos	Cantidad	Total (dólares)
Humanos		
• Tutor	1	0
Materiales		
• Impresiones	1000	50.00
• Hojas	1000	8.00
• Tinta	3	18.00
• Folder	1	5.00
• Encuadernar	1	18.00
• CD	2	2.00
Didácticos		
• Internet	12 meses	440.00
• Programas	2	100.00
• Artículos científicos	10	350.00
Otros		
• Transporte	12 meses	1,920.00
Total, absoluto		\$2,911.00

CRONOGRAMA

Ilustración 2. Cronograma de actividades.

ETAPAS	MES	TIEMPO																																											
		ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB				OCTUBRE				NOVIEMB			
		Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
Elección de tema, y elaboración de ficha de		█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█																																
Revisión de ficha de tesis										█																																			
Elaboración Capítulo I										█																																			
Elaboración Capítulo II										█	█																																		
Elaboración Capítulo III												█																																	
Recolección de datos		█												█	█	█	█																												
Elaboración Capítulo IV														█	█																														
Elaboración Capítulo V																█	█																												
Elaboración Capítulo VI																		█	█																										
Entrega final del borrador del informe																						█																							
Corrección del borrador del informe																						█	█																						
Entrega final trabajo escrito																										█																			
Elaboración power point																														█	█	█	█												

VARIABLES

Tabla 6.Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	OPERACIONALIZACION		
			INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	SUBTIPO DE VARIABLES
Sociodemografía	Características generales que se encuentran presentes en una población	Género	Hombre	Dependiente	Cualitativa dicotómicas
			Mujer		
		Grupos etarios	0 - 5 años		Cuantitativa discreta
			6 - 10 años		
			11 - 20 años		
			21 - 30 años		
			31 - 40 años		
			≥ 50 años		
		Estado civil	Soltero(a)		Cualitativa nominal
			Casado(a)		
			Unión libre		
			Divorciado(a)		
			Viudo(a)		
		Rol en su núcleo familiar	Padre		Cualitativa nominal
			Madre		
Hijo					

<i>Antecedentes y Hábitos</i>	Eventos ocurridos previamente en el individuo y que ayudan a comprender el posible origen de la patología en estudio	Patológicos personales	Enfermedad psiquiátrica	Dependiente	Cualitativa nominal
		Familiares	Enfermedad psiquiátrica		Cualitativa nominal
		Abusos	Físico Psicológico Sexual		Cualitativa politómica
		Consumos drogas	Lícitas		Cualitativa dicotómica
			Ilícitas		
<i>Entorno</i>	Actividad en la que el individuo se desenvuelve emocional, cultural y económicamente con el medio que le rodea	Situación laboral	Sí, labora	Dependiente	Cualitativa dicotómica
			No, labora		
		Psicosocial	Si, se relaciona con la sociedad		Cualitativa dicotómica
			No, se relaciona con la sociedad		
<i>Conducta suicida</i>	Es el conjunto de toda la psique, en donde involucran motivaciones, deseos, anhelos, impulsos, instintos de acabar con la propia vida	Suicidio	Idea suicida	Independiente	Cualitativa politómica
			Intento suicida		
			Suicidio consumado		

<i>Trastorno de ansiedad</i>	Episodios repetidos y repentinos de nerviosismo, temor, pánicos persistentes sobre situaciones cotidianas	Trastorno de pánico	Sí No	Dependiente	Cualitativa politómica
		Agorafobia	Sí No		
		Fobia social	Sí No		
		Trastorno de adaptación	Sí		
			No		
		Trastorno de ansiedad generalizada	Sí		
			No		
		Ansiedad con síntomas psicóticos	Sí		
			No		

Fuente: Elaboración propia

CAPITULO 4

RESULTADOS

GÉNERO MASCULINO DEL ÁREA DE EMERGENCIA, PERIODO 2018.

En el siguiente capítulo se organizaron los resultados en primer lugar de manera fraccionada por área de estudio, año de estudio y división de género. Posteriormente se presentará los resultados de forma general.

En el área de emergencia, la población con intento suicida atendida durante el periodo 2018; correspondiente al género masculino; estuvieron en un rango de edad de 20 a 35 años en un 43,5% (n=153). El estado civil no hubo registro en un 92,6% (n=326), sin embargo, en el porcentaje restante se pudo evidenciar un predominio de solteros en un 5,1% (n=18).

El rol que desempeñaron en su núcleo familiar fue similar al estado civil, no hubo registro en un 92,6% (n=326), sin embargo, en el porcentaje restante se pudo evidenciar un predominio en hijos con un 5,1% (n=18). Es importante evaluar si dentro del núcleo existieron abusos, por lo que se determinó que se presentó abuso psicológico en un 0,3% (n=1); y abuso sexual en un 1,1% (n=4).

El consumo de drogas no hubo registro en un 92,6% (n=326), sin embargo, se exponen drogas lícitas como el alcohol, el cual estuvo equitativo si consumieron en un 3,7% (n=13); y no consumieron en un 3,7% (n=13);. Seguidamente, se muestra el consumo de drogas ilícitas, entre ellas tenemos; cocaína en un 0,3% (n=1); marihuana en un 1,4% (n=5) y heroína en un 2,0% (n=7).

El disponer de una actividad laboral, no hubo registro en un 92,6% (n=326), sin embargo, en el porcentaje restante se pudo evidenciar un predominio en

que no laboraban con un 7,1% (n=25). Adicionalmente, se pudo constatar que existió un componente psicosocial en un 0,3% (n=1).

En los antecedentes patológicos personales, no hubo registro en un 92,6% (n=326), sin embargo, en el porcentaje restante se pudo evidenciar un predominio en que si presentaron con un 5,7% (n=20). Dado el caso, se realizó un desglose de los tipos de trastornos de ansiedad en el cual hubo predominio de ansiedad con síntomas psicóticos con un 4,0% (n=14). Dentro de la escala evaluativa se consideró la escala de Beck mostrando severidad en un 3,7% (n=13).

Los resultados de frecuencias anteriormente relatados se exponen en el anexo 1.

Con los resultados obtenidos se realizan tablas cruzadas entre dos variables cualitativas como lo son: el tipo de trastornos de ansiedad con droga ilícita consumida. Ahora bien, la cocaína tiene relación con aquellos pacientes que presentaron trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos en un 0,3% (n=1).

Tabla 7. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína, en el género masculino, área de emergencia durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	COCAINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	326 92,6%	0 0,0%	0 0,0%	326 92,6%
AGORAFOBIA	0 0,0%	5 1,4%	0 0,0%	5 1,4%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	13 3,7%	1 0,3%	14 4,0%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	1 0,3%	0 0,0%	1 0,3%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	3 0,9%	0 0,0%	3 0,9%
TRASTORNO DE PANICO	0	3	0	3

	0,0%	0,9%	0,0%	0,9%
Total	326	25	1	352
	92,6%	7,1%	0,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, el consumo de marihuana mostró dos resultados idénticos como lo fue 0,6% (n=2); tanto para trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos como para trastorno de pánico.

Tabla 8. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y marihuana, en el género masculino, área de emergencia durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	MARIHUANA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	326 92,6%	0 0,0%	0 0,0%	326 92,6%
AGORAFOBIA	0 0,0%	4 1,1%	1 0,3%	5 1,4%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	12 3,4%	2 0,6%	14 4,0%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	1 0,3%	0 0,0%	1 0,3%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	3 0,9%	0 0,0%	3 0,9%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	1 0,3%	2 0,6%	3 0,9%
Total	326 92,6%	21 6,0%	5 1,4%	352 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El consumo de heroína guardó relación con el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos en un 2,0% (n=7); sin embargo, hubo la misma proporción con aquellos que no consumieron.

Tabla 9. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína, en el género masculino, área de emergencia durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	HEROINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	326 92,6%	0 0,0%	0 0,0%	326 92,6%
AGORAFOBIA	1 0,3%	4 1,1%	0 0,0%	5 1,4%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	7 2,0%	7 2,0%	14 4,0%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	1 0,3%	0 0,0%	1 0,3%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	3 0,9%	0 0,0%	3 0,9%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	3 0,9%	0 0,0%	3 0,9%
Total	327 92,9%	18 5,1%	7 2,0%	352 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En continuidad con las drogas licitas consumidas, tenemos el alcohol que en comparación a las otras drogas sean licitas e ilícitas, obtuvo mayor porcentaje, el 3,4% (n=12).

Tabla 10. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol, en el género masculino, área de emergencia durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ALCOHOL			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	326	0	0	326

	92,6%	0,0%	0,0%	92,6%
AGORAFOBIA	0	4	1	5
	0,0%	1,1%	0,3%	1,4%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	2	12	14
	0,0%	0,6%	3,4%	4,0%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	1	0	1
	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	3	0	3
	0,0%	0,9%	0,0%	0,9%
TRASTORNO DE PANICO	0	3	0	3
	0,0%	0,9%	0,0%	0,9%
Total	326	13	13	352
	92,6%	3,7%	3,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Una vez obtenida las relaciones con drogas lícitas e ilícitas de los pacientes con conductas suicidas, se determinó en que grado de depresión se encontraban mediante la escala de Beck, en más de dos trastornos presentaron valores en los distintos niveles. Teniendo así, el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos presentó leve en un 0,9% (n=3); moderado en un 1,1% (n=4); severo en un 2,0% (n=7); seguidamente el trastorno de pánico en nivel moderado en un 0,3% (n=1); y severo en un 0,6% (n=2); por último, agorafobia en un nivel leve con el 0,3% (n=1); y moderado con el 1,1% (n=4). Cabe recalcar que el trastorno de adaptación y ansiedad generalizado se concentraron solo en el nivel severo con el 0,3% (n=1) y 0,9% (n=3) respectivamente

Tabla 11. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y Escala de depresión de Beck, en el género masculino, área de emergencia durante el periodo 2018

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ESCALA DE DEPRESION DE BECK				Total
	No registro	LEVE	MODERADO	SEVERO	
NO REGISTRO	326	0	0	0	326
	92,6%	0,0%	0,0%	0,0%	92,6%
AGORAFOBIA	0	1	4	0	5

	0,0%	0,3%	1,1%	0,0%	1,4%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	3	4	7	14
TRASTORNO DE ADAPTACION	0,0%	0,9%	1,1%	2,0%	4,0%
	0	0	0	1	1
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%
	0	0	0	3	3
TRASTORNO DE PANICO	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,9%
	0	0	1	2	3
	0,0%	0,0%	0,3%	0,6%	0,9%
Total	326	4	9	13	352
	92,6%	1,1%	2,6%	3,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

GÉNERO FEMENINO DEL ÁREA DE EMERGENCIA, PERIODO 2018.

En el área de emergencia, la población con intento suicida atendida durante el periodo 2018; correspondiente al género femenino; estuvieron en un rango de edad de 20 a 35 años en un 33,3% (n=181). El estado civil no hubo registro en un 93,6% (n=509), sin embargo, en el porcentaje restante se pudo evidenciar un predominio de casadas en un 3,5% (n=19).

El rol que desempeñaron en su núcleo hubo predominio en hijas con un 2,8% (n=15). Se presentó abuso psicológico en un 3,3% (n=18); y abuso sexual en un 3,1% (n=17).

El consumo de drogas no hubo registro en un 93,6% (n=509), sin embargo, se exponen drogas lícitas como el alcohol, si consumieron en un 2,9% (n=16). Seguidamente, se muestra el consumo de drogas ilícitas, entre ellas tenemos; cocaína en un 0,6% (n=3); y heroína en un 0,9% (n=5).

El disponer de una actividad laboral, no hubo registro en un 93,6% (n=509), sin embargo, en aquellos registrados se pudo evidenciar un predominio en los que no laboraban con un 5,9% (n=32). Además, se pudo constatar un gran porcentaje en aquellos que no manifestaron alteración psicosocial en un 4,2% (n=23).

En los antecedentes patológicos personales, no hubo registro en un 93,6% (n=509), sin embargo, en el porcentaje restante se pudo evidenciar un predominio en los que si presentaron antecedentes en un 3,9% (n=21). Dado el caso, se realizó un desglose de los tipos de trastornos de ansiedad en el cual hubo predominio en los trastornos de pánico con un 1,8% (n=10). Dentro de la escala de Beck, este trastorno mostró predominio en el nivel moderado en un 3,1% (n=17).

Los resultados de frecuencias anteriormente relatados se exponen en el anexo 2.

Con los resultados obtenidos se realizan tablas cruzadas entre dos variables cualitativas como: el tipo de trastornos de ansiedad con droga ilícita consumida. En referencia a la cocaína tiene relación con aquellos pacientes que presentaron trastorno de adaptación en un 0,6% (n=3).

Tabla 12. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína en el género femenino, área de emergencia durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	COCAINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	509 93,6%	0 0,0%	0 0,0%	509 93,6%
AGORAFOBIA	0 0,0%	6 1,1%	0 0,0%	6 1,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	7 1,3%	0 0,0%	7 1,3%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	10 1,8%	0 0,0%	10 1,8%
FOBIA SOCIAL	0 0,0%	3 0,6%	0 0,0%	3 0,6%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	2 0,4%	3 0,6%	5 0,9%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	4 0,7%	0 0,0%	4 0,7%

Total	509	32	3	544
	93,6%	5,9%	0,6%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Otra de las drogas también manifestadas, es la heroína en un 0,7% (n=4) en relación con el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos, quedando en un mínimo porcentaje el trastorno de adaptación en un 0,2% (n=1).

Tabla 13. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína en el género femenino, área de emergencia durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	HEROINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	509	0	0	509
	93,6%	0,0%	0,0%	93,6%
AGORAFOBIA	0	6	0	6
	0,0%	1,1%	0,0%	1,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	3	4	7
	0,0%	0,6%	0,7%	1,3%
TRASTORNO DE PANICO	0	10	0	10
	0,0%	1,8%	0,0%	1,8%
FOBIA SOCIAL	0	3	0	3
	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	4	1	5
	0,0%	0,7%	0,2%	0,9%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	4	0	4
	0,0%	0,7%	0,0%	0,7%
Total	509	30	5	544
	93,6%	5,5%	0,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En continuidad con las drogas lícitas consumidas, tenemos el alcohol que estuvo presente en la mayoría de los trastornos, con un predominio en ansiedad con síntomas psicóticos con el 1,3% (n=7), y en orden decreciente se presentaron en trastorno de pánico en un 1,1% (n=6); fobia social en un 0,4% (n=2); y trastorno de adaptación en un 0,2% (n=1).

Tabla 14. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol en el género femenino, área de emergencia durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ALCOHOL			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	509 93,6%	0 0,0%	0 0,0%	509 93,6%
AGORAFOBIA	0 0,0%	6 1,1%	0 0,0%	6 1,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	0 0,0%	7 1,3%	7 1,3%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	4 0,7%	6 1,1%	10 1,8%
FOBIA SOCIAL	0 0,0%	1 0,2%	2 0,4%	3 0,6%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	4 0,7%	1 0,2%	5 0,9%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	4 0,7%	0 0,0%	4 0,7%
Total	509 93,6%	19 3,5%	16 2,9%	544 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, la asociación entre el tipo de trastorno de ansiedad con la escala de depresión de Beck hubo más cantidad de casos con trastorno de pánico en sus tres niveles, enfocados la mayoría en severidad, es así, que se obtiene en el nivel leve 0,2% (n=1); moderado en un 0,9% (n=5) y severo 1,8% (n=10). Sin embargo, también se obtuvo que en todos los trastornos en el nivel de severidad hubo pacientes en minoría, mostrándose en trastorno de adaptación en un 0,6% (n=3); agorafobia, trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos y trastorno de ansiedad generalizada en un 0,4% (n=2); y por último fobia social en un 0,2% (n=1).

Tabla 15. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y Escala de depresión de Beck, en el género femenino, área de emergencia durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ESCALA DE DEPRESION DE BECK				Total
	No registro	LEVE	MODERADO	SEVERO	
NO REGISTRO	509 93,6%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	509 93,6%
AGORAFOBIA	0 0,0%	0 0,0%	4 0,7%	2 0,4%	6 1,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	0 0,0%	5 0,9%	2 0,4%	7 1,3%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	1 0,2%	4 0,7%	5 0,9%	10 1,8%
FOBIA SOCIAL	0 0,0%	1 0,2%	1 0,2%	1 0,2%	3 0,6%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	1 0,2%	1 0,2%	3 0,6%	5 0,9%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	0 0,0%	2 0,4%	2 0,4%	4 0,7%
Total	509 93,6%	3 0,6%	17 3,1%	15 2,8%	544 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

GÉNERO MASCULINO DEL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA, PERIODO 2018.

En el área de consulta externa, la población con intento suicida atendida durante el periodo 2018; correspondiente al género masculino; estuvieron en un rango de edad de 20 a 35 años en un 29,7% (n=527). El estado civil no hubo registro en un 98,1% (n=1743), sin embargo, 1,4% (n=24) de los intentos suicidas eran casados.

El rol que desempeñaron en su núcleo hubo predominio en padre con un 1,1% (n=19). Se presentó abuso psicológico en un 1,2% (n=22); y abuso sexual en un 1,1% (n=19).

El consumo de drogas no hubo registro en un 98,1% (n=1743), sin embargo, se exponen drogas lícitas como el alcohol, si consumieron en un 1,2% (n=21).

Entre el consumo de drogas ilícitas figuran: cocaína en un 0,1% (n=1); marihuana en un 0,2% (n=3). y heroína en un 0,5% (n=8).

El disponer de una actividad laboral, no hubo registro en un 98,1% (n=1743), sin embargo, en aquellos registrados solo se identifican a los que no laboraban con un 1,9% (n=33). Además, se pudo constatar un gran porcentaje en aquellos que no manifestaron alteración psicosocial en un 1,7% (n=30).

En los antecedentes patológicos personales, no hubo registro en un 98,1% (n=1743), sin embargo, en el porcentaje restante se pudo evidenciar un predominio en los que no presentaron antecedentes en un 1,1% (n=19); en comparación de los que si tenían antecedentes fue el 0,8% (n=14); con este último grupo se identificó un predominio compartido entre el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos y trastorno de pánico en un 0,6% (n=11).

Dentro de la escala de Beck, los pacientes con conductas suicidas se ubicaron predominantemente en el nivel severo en un 0,9% (n=16).

Los resultados de frecuencias anteriormente relatados se exponen en el anexo 3.

En referencia a la cocaína tiene relación con aquellos pacientes que presentaron trastorno de adaptación en un 0,1% (n=1).

Tabla 16. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína, en el género masculino, área de consulta externa durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	COCAINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	1743 98,1%	0 0,0%	0 0,0%	1743 98,1%
AGORAFOBIA	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	1 0,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	11 0,6%	0 0,0%	11 0,6%

TRASTORNO DE PANICO	0	11	0	11
	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	3	1	4
	0,0%	0,2%	0,1%	0,2%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	6	0	6
	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
Total	1743	32	1	1776
	98,1%	1,8%	0,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, el consumo de droga como la marihuana estuvo en relación con el trastorno de pánico con resultados de 0,1% (n=2); en segundo lugar, el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos, en un 0,1% (n=1).

Tabla 17. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y marihuana, en el género masculino, área de Consulta externa durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	MARIHUANA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	1743	0	0	1743
	98,1%	0,0%	0,0%	98,1%
AGORAFOBIA	0	1	0	1
	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	10	1	11
	0,0%	0,6%	0,1%	0,6%
TRASTORNO DE PANICO	0	9	2	11
	0,0%	0,5%	0,1%	0,6%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	4	0	4
	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	6	0	6
	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
Total	1743	30	3	1776
	98,1%	1,7%	0,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de este grupo, también se encuentra la heroína relacionada exclusivamente con el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos, en un 0,5% (n=8).

Tabla 18. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína, en el género masculino, área de consulta externa durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	HEROINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	1743 98,1%	0 0,0%	0 0,0%	1743 98,1%
AGORAFOBIA	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	1 0,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	3 0,2%	8 0,5%	11 0,6%
ATAQUE DE PANICO	0 0,0%	11 0,6%	0 0,0%	11 0,6%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	4 0,2%	0 0,0%	4 0,2%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	6 0,3%	0 0,0%	6 0,3%
Total	1743 98,1%	25 1,4%	8 0,5%	1776 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El consumo de alcohol se registra en un 0,6% (n=11); en relación con el trastorno de pánico, seguido de trastornos de ansiedad con síntomas psicóticos en un 0,5% (n=9).

Tabla 19. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol, en el género masculino, área de consulta externa durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ALCOHOL			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	1743 98,1%	0 0,0%	0 0,0%	1743 98,1%

AGORAFOBIA	0	1	0	1
	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	2	9	11
	0,0%	0,1%	0,5%	0,6%
ATAQUE DE PANICO	0	0	11	11
	0,0%	0,0%	0,6%	0,6%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	4	0	4
	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	5	1	6
	0,0%	0,3%	0,1%	0,3%
Total	1743	12	21	1776
	98,1%	0,7%	1,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Posterior a los resultados obtenidos, se realizó la asociación entre el tipo de trastorno de ansiedad con la escala de depresión de Beck, hubo predominio de severidad en un 0,4% (n=7); en el trastorno de pánico, seguido en este mismo nivel en un 0,2% (n=4); se encontró a los trastornos de ansiedad con síntomas psicóticos y de adaptación.

Tabla 20. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y Escala de depresión de Beck, en el género masculina área de consulta externa durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ESCALA DE DEPRESION DE BECK				Total
	No registro	LEVE	MODERADO	SEVERO	
NO REGISTRO	1743	0	0	0	1743
	98,1%	0,0%	0,0%	0,0%	98,1%
AGORAFOBIA	0	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	1	6	4	11
	0,0%	0,1%	0,3%	0,2%	0,6%
TRASTORNO DE PANICO	0	0	4	7	11
	0,0%	0,0%	0,2%	0,4%	0,6%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	0	0	4	4
	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	3	3	0	6
	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,3%

Total	1743	4	13	16	1776
	98,1%	0,2%	0,7%	0,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

GÉNERO FEMENINO DEL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA, PERIODO 2018.

En el área de consulta externa, la población con intento suicida atendida durante el periodo 2018; correspondiente al género femenino; estuvieron en un rango de edad de 20 a 35 años en un 25,1% (n=709). El estado civil no hubo registro en un 98,6% (n=2787), sin embargo, en el porcentaje restante se pudo evidenciar un predominio de casadas en un 1,0% (n=28).

El rol que desempeñaron en su núcleo hubo predominio en esposa con un 0,5% (n=15). El abuso psicológico presentó valores estrechos entre la respuesta si en un 0,7% (n=20); y no abuso en un 0,7% (n=19); además de un predominio en no haber presentado abuso sexual en un 0,18 % (n=22).

El consumo de drogas no hubo registro en un 98,6% (n=2787), sin embargo, se exponen drogas lícitas como el alcohol, si consumieron en un 0,7% (n=20); muy cercano a los que no consumieron 0,7% (n=19). Estuvo presente el consumo de escopolamina en un 0,1% (n=3); y heroína en un 0,3% (n=9).

El disponer de una actividad laboral, no hubo registro en un 98,6% (n=2787), sin embargo, en aquellos registrados solo se identifican a los que no laboraban con un 1,4% (n=39). Hubo mayor porcentaje en aquellos que no manifestaron alteración psicosocial en un 1,1% (n=30).

En los antecedentes patológicos personales, no hubo registro en un 98,6% (n=2787), sin embargo, en el porcentaje restante se apreció valores estrechos entre la presencia de antecedentes en un 0,7% (n=19); y la ausencia de este, en un 0,7% (n=20); referente a los tipos de trastornos de ansiedad hubo dualidad entre el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos y trastorno de adaptación en un 0,4% (n=12).

Dentro de la escala de Beck, en los pacientes con conductas en estudio se observó igualdad entre los niveles moderado y severo en un 0,6% (n=17).

Los resultados de frecuencias anteriormente relatados se exponen en el anexo 4.

Por un lado; en el consumo de alcohol hubo variaciones en orden decreciente, iniciando con trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos en un 0,4% (n=10); trastorno de pánico en un 0,2% (n=7); trastorno de ansiedad generalizada en un 0,1% (n=2); finalizando con trastorno de adaptación en un 0,0% (n=1).

Tabla 21. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol en el género femenino, área de consulta externa durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ALCOHOL			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	2787 98,6%	0 0,0%	0 0,0%	2787 98,6%
AGORAFOBIA	0 0,0%	1 0,0%	0 0,0%	1 0,0%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	2 0,1%	10 0,4%	12 0,4%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	0 0,0%	7 0,2%	7 0,2%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	11 0,4%	1 0,0%	12 0,4%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	5 0,2%	2 0,1%	7 0,2%
Total	2787 98,6%	19 0,7%	20 0,7%	2826 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se expone el consumo de drogas ilícitas lo siguiente; cocaína se relacionó exclusivamente con el trastorno de adaptación en un 0,2% (n=5).

Tabla 22. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína en el género femenino, área de

consulta externa durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	COCAINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	2787 98,6%	0 0,0%	0 0,0%	2787 98,6%
AGORAFOBIA	0 0,0%	1 0,0%	0 0,0%	1 0,0%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	12 0,4%	0 0,0%	12 0,4%
ATAQUE DE PANICO	0 0,0%	7 0,2%	0 0,0%	7 0,2%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	7 0,2%	5 0,2%	12 0,4%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	7 0,2%	0 0,0%	7 0,2%
Total	2787 98,6%	34 1,2%	5 0,2%	2826 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, el consumo de escopolamina se subdividió entre los trastornos de: agorafobia, adaptación y ansiedad generalizada, de manera proporcional teniendo así un valor de 0,0% (n=1).

Tabla 23. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y escopolamina en el género femenino área de consulta externa durante el periodo 2018.

TIPOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	ESCOPOLAMINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	2787 98,6%	0 0,0%	0 0,0%	2787 98,6%
AGORAFOBIA	0 0,0%	0 0,0%	1 0,0%	1 0,0%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	12 0,4%	0 0,0%	12 0,4%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	7 0,2%	0 0,0%	7 0,2%

TRASTORNO DE ADAPTACION	0	11	1	12
	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	6	1	7
	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
Total	2787	36	3	2826
	98,6%	1,3%	0,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Después, el consumo de heroína se reveló mayoritariamente en el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos con un valor de 0,3% (n=9).

Tabla 24. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína en el género femenino área de consulta externa durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	HEROINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	2787	0	0	2787
	98,6%	0,0%	0,0%	98,6%
AGORAFOBIA	0	1	0	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	3	9	12
	0,0%	0,1%	0,3%	0,4%
ATAQUE DE PANICO	0	7	0	7
	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	12	0	12
	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	7	0	7
	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
Total	2787	30	9	2826
	98,6%	1,1%	0,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Luego, la asociación entre el tipo de trastorno de ansiedad con la escala de depresión de Beck estuvo presente en todos los trastornos de ansiedad con predominio de severidad en un 0,2% (n=7); predominio moderado en trastornos de ansiedad con síntomas psicóticos en un 0,2% (n=6); y leve de

manera equitativa en los trastornos de ansiedad con síntomas psicóticos y ansiedad generalizada en un 0,1% (n=2).

Tabla 25. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y Escala de Beck en el género femenino área de consulta externa durante el periodo 2018.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ESCALA DE DEPRESION DE BECK				Total
	No registro	LEVE	MODERADO	SEVERO	
NO REGISTRO	2787 98,6%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2787 98,6%
AGORAFOBIA	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,0%	1 0,0%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	2 0,1%	6 0,2%	4 0,1%	12 0,4%
ATAQUE DE PANICO	0 0,0%	0 0,0%	4 0,1%	3 0,1%	7 0,2%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	1 0,0%	4 0,1%	7 0,2%	12 0,4%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	2 0,1%	3 0,1%	2 0,1%	7 0,2%
Total	2787 98,6%	5 0,2%	17 0,6%	17 0,6%	2826 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

GÉNERO MASCULINO DEL ÁREA DE EMERGENCIA, PERIODO 2019.

En el área de emergencia, la población con intento suicida atendida durante el periodo 2019; correspondiente al género masculino; estuvieron en un rango de edad de 20 a 35 años en un 35,6% (n=90). El estado civil no hubo registro en un 95,7% (n=242), sin embargo, en el porcentaje restante se pudo evidenciar un predominio de solteros en un 2,8% (n=7).

El rol que desempeñaron en su núcleo hubo predominio en hijo con un 2,8% (n=7). El abuso psicológico hubo predominio en no ser abusados en un 2,8%

(n=7); además de un predominio en no haber presentado abuso sexual en un 2,4 % (n=6).

El consumo de drogas no hubo registro en un 95,7% (n=242); sin embargo, se exponen drogas lícitas como el alcohol, no consumieron 2,4% (n=6). Entre el consumo de drogas ilícitas figuran: cocaína y escopolamina obtuvieron valores similares, donde fue poco el número de pacientes que la consumieron un 0,4% (n=1); en comparación a aquellos que no consumieron un valor de un 4,0% (n=10); y por último heroína en un 1,2% (n=3).

El disponer de una actividad laboral, no hubo registro en un 95,7% (n=242); sin embargo, en aquellos registrados existió predominio en los que no laboraban con un 4,0% (n=10). Además de, mayor porcentaje en aquellos que no manifestaron alteración psicosocial en un 3,2% (n=8).

En los antecedentes patológicos personales, no hubo registro en un 95,7% (n=242); en el porcentaje restante se evidencia mayor presencia de antecedentes en un 2,8% (n=7); referente a los tipos de trastornos de ansiedad el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos presento valores de 1,6% (n=4); muy cercano se observó al trastorno de ansiedad generalizada y agorafobia en un 1,2% (n=3).

En la escala de Beck, los pacientes con conductas suicidas, presentes en el estudio; se observó predominio en el nivel moderado en un 2,0% (n=5).

Los resultados de frecuencias anteriormente relatados se exponen en el anexo 5.

Siguiendo con el estudio; se obtuvo que la cocaína tiene relación con aquellos pacientes que presentaron trastorno de adaptación en un 0,4% (n=1).

Tabla 26. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína en el género masculino área de emergencia durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	COCAINA	Total
-------------------------------	---------	-------

	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	242 95,7%	0 0,0%	0 0,0%	242 95,7%
AGORAFOBIA	0 0,0%	3 1,2%	0 0,0%	3 1,2%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	4 1,6%	0 0,0%	4 1,6%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	0 0,0%	1 0,4%	1 0,4%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	3 1,2%	0 0,0%	3 1,2%
Total	242 95,7%	10 4,0%	1 0,4%	253 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En el consumo de alcohol, se estableció una mayor proporción en el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos en un valor de 1,6% (n=4).

Tabla 27. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol en el género masculino área de emergencia durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ALCOHOL			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	242 95,7%	0 0,0%	0 0,0%	242 95,7%
AGORAFOBIA	0 0,0%	2 0,8%	1 0,4%	3 1,2%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	0 0,0%	4 1,6%	4 1,6%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	1 0,4%	0 0,0%	1 0,4%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	3	0	3

	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Total	242	6	5	253
	95,7%	2,4%	2,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, la asociación entre el tipo de trastorno de ansiedad con la escala de depresión de Beck, expresándose de la siguiente manera trastorno de ansiedad generalizada con predominio de severidad en un 0,8% (n=2); predominio moderado en trastornos de ansiedad con síntomas psicóticos y agorafobia en un 0,8% (n=2); y leve en trastornos de ansiedad con síntomas psicóticos en un 0,8% (n=2).

Tabla 28. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y escala de Beck en el género masculino área de emergencia durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ESCALA DE DEPRESION DE BECK				Total
	No registro	LEVE	MODERADO	SEVERO	
NO REGISTRO	242 95,7%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	242 95,7%
AGORAFOBIA	0 0,0%	0 0,0%	2 0,8%	1 0,4%	3 1,2%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	2 0,8%	2 0,8%	0 0,0%	4 1,6%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	1 0,4%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,4%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	0 0,0%	1 0,4%	2 0,8%	3 1,2%
Total	242 95,7%	3 1,2%	5 2,0%	3 1,2%	253 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

GÉNERO FEMENINO DEL ÁREA DE EMERGENCIA, PERIODO 2019.

En el área de emergencia, la población con intento suicida atendida durante el periodo 2019; correspondiente al género femenino; estuvieron en un rango de edad de 20 a 35 años en un 38,6% (n=176). El estado civil no hubo registro en

un 92,8% (n=423), sin embargo, en el porcentaje restante se pudo evidenciar un predominio de solteras en un 4,6% (n=21).

El rol que desempeñaron en su núcleo hubo predominio en hija con un 3,9% (n=18). El abuso psicológico hubo predominio en no ser abusados en un 5,3% (n=24); además de un estrecho valor en quienes si fueron abusados sexualmente en un 3,7 % (n=17); y aquellos que no fueron abusados mostraron un valor de 3,5 % (n=16).

El consumo de drogas no hubo registro en un 92,8% (n=423). Entre el consumo de drogas figuran: cocaína y heroína con iguales valores para su consumo en un 0,9% (n=4); y el no consumo en 6,4% (n=29). Además, se presentó el consumo de alcohol una brecha corta entre los que no consumieron 3,7 % (n=17); y los que si consumieron 3,5 % (n=16).

El disponer de una actividad laboral, no hubo registro en un 92,8% (n=423); sin embargo, en aquellos registrados existió predominio en los que no laboraban con un 6,8% (n=31). Además de, mayor porcentaje en aquellos que no manifestaron alteración psicosocial en un 6,4% (n=29).

En los antecedentes patológicos personales, no hubo registro en un 92,8% (n=423); en el porcentaje restante se evidencia mayor presencia de antecedentes en un 5,7% (n=26); referente a los tipos de trastornos predominantes se observaron a trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos presento valores de 2,9% (n=13); y agorafobia en un 2,2% (n=10).

Referente a la escala de Beck, se observó predominio en el nivel moderado valores de 3,7% (n=17).

Los resultados de frecuencias anteriormente relatados se exponen en el anexo 6.

En cuanto a la asociación entre variables tenemos que; la cocaína tiene relación con aquellos pacientes que presentaron trastorno de adaptación en un 0,7% (n=3).

Tabla 29. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína en el género femenino área de emergencia durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	COCAINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	423 92,8%	0 0,0%	0 0,0%	423 92,8%
AGORAFOBIA	0 0,0%	10 2,2%	0 0,0%	10 2,2%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	13 2,9%	1 0,2%	14 3,1%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	0 0,0%	3 0,7%	3 0,7%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	1 0,2%	0 0,0%	1 0,2%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	5 1,1%	0 0,0%	5 1,1%
Total	423 92,8%	29 6,4%	4 0,9%	456 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Continuando con la heroína, esta se asoció a trastornos de ansiedad con síntomas psicóticos en un 0,9% (n=4).

Tabla 30. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína en el género femenino área de emergencia durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	HEROINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	423 92,8%	0 0,0%	0 0,0%	423 92,8%
AGORAFOBIA	0 0,0%	10 2,2%	0 0,0%	10 2,2%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	10 2,2%	4 0,9%	14 3,1%

TRASTORNO DE ADAPTACION	0	3	0	3
	0,0%	0,7%	0,0%	0,7%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	1	0	1
	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
TRASTORNO DE PANICO	0	5	0	5
	0,0%	1,1%	0,0%	1,1%
Total	423	29	4	456
	92,8%	6,4%	0,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Mientras tanto, en el consumo de alcohol se mostró relación con predominio en el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos en un 2,4% (n=11).

Tabla 31. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol en el género femenino área de emergencia durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ALCOHOL			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	423	0	0	423
	92,8%	0,0%	0,0%	92,8%
AGORAFOBIA	0	9	1	10
	0,0%	2,0%	0,2%	2,2%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	2	11	13
	0,0%	0,4%	2,4%	2,9%
TRASTORNO DE PANICO	0	0	3	3
	0,0%	0,0%	0,7%	0,7%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	3	0	3
	0,0%	0,7%	0,0%	0,7%
TRASTORNO DE ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	1	0	1
	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	1	0	1
	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
TRASTORNO DE PANICO	0	1	1	2
	0,0%	0,2%	0,2%	0,4%
Total	423	17	16	456
	92,8%	3,7%	3,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Un elemento destacado, fue la asociación entre el tipo de trastorno de ansiedad con la escala de depresión de Beck, expresándose de la siguiente manera trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos y trastorno de pánico con predominio de severidad en un 0,7% (n=3); predominio moderado en agorafobia con un 1,8% (n=8); y leve en trastornos de ansiedad con síntomas psicóticos en un 1,3% (n=6).

Tabla 32. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y escala de Beck en el género femenino área de emergencia durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ESCALA DE DEPRESION DE BECK				Total
	No registro	LEVE	MODERADO	SEVERO	
NO REGISTRO	423 92,8%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	423 92,8%
AGORAFOBIA	0 0,0%	2 0,4%	8 1,8%	0 0,0%	10 2,2%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	6 1,3%	5 1,1%	3 0,7%	14 3,1%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	0 0,0%	1 0,2%	2 0,4%	3 0,7%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	0 0,0%	1 0,2%	0 0,0%	1 0,2%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	0 0,0%	2 0,4%	3 0,7%	5 1,1%
Total	423 92,8%	8 1,8%	17 3,7%	8 1,8%	456 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

GÉNERO MASCULINO DEL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA, PERIODO 2019.

En el área de consulta externa, la población con intento suicida atendida durante el periodo 2019; correspondiente al género masculino; estuvieron en

un rango de edad de 20 a 35 años en un 29,0% (n=181). El estado civil no hubo registro en un 98,2% (n=614), sin embargo, en el porcentaje restante se pudo evidenciar un predominio de casados en un 1,3% (n=8).

El rol que desempeñaron en su núcleo hubo predominio en padre con un 1,0% (n=6). El abuso psicológico fue manifestado en un 1,1% (n=7); al igual que el abuso sexual.

El consumo de drogas no hubo registro en un 98,2% (n=614). Entre el consumo de drogas figuran: cocaína, heroína y ectase con iguales valores para su consumo en un 0,2% (n=1); y el no consumo en 1,6% (n=10). Además, se presentó el consumo de drogas lícitas como benzodiazepinas que presentó un consumo en un 0,6% (n=4); el consumo de alcohol se manifestó en un 0,5% (n=3).

El disponer de una actividad laboral, no hubo registro en un 98,2% (n=614); sin embargo, en aquellos registrados existió predominio en los que no laboraban con un 1,8% (n=11). Además de, mayor porcentaje en aquellos que no manifestaron alteración psicosocial en un 1,3% (n=8).

En los antecedentes patológicos personales, no hubo registro en un 98,2% (n=614); en el porcentaje restante se evidencia mayor ausencia de antecedentes en un 1,4% (n=9); referente a los tipos de trastornos predominantes se observaron a trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos y trastorno de adaptación con los mismos valores de 0,5% (n=3); y muy seguido de agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada en un 0,3% (n=2).

Referente a la escala de Beck, se observó similitud en los niveles moderado y severo con los valores de 0,6% (n=4).

Los resultados de frecuencias anteriormente relatados se exponen en el anexo 7.

Después de los resultados obtenidos se asociaron el tipo de trastornos de ansiedad con droga el tipo de droga consumida. La cocaína tiene relación con aquellos pacientes que presentaron trastorno de adaptación en un 0,2% (n=1).

Tabla 33. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína en el género masculino área de consulta externa durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	COCAINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	614 98,2%	0 0,0%	0 0,0%	614 98,2%
AGORAFOBIA	0 0,0%	2 0,3%	0 0,0%	2 0,3%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	1 0,2%	0 0,0%	1 0,2%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	2 0,3%	1 0,2%	3 0,5%
TRASTORNO DE ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	3 0,5%	0 0,0%	3 0,5%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	2 0,3%	0 0,0%	2 0,3%
Total	614 98,2%	10 1,6%	1 0,2%	625 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, se presentó relación entre el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos con el consumo de ectase y heroína en un 0,2% (n=1).

Tabla 34. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y ectase en el género masculino área de consulta externa durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ECTASE			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	614 98,2%	0 0,0%	0 0,0%	614 98,2%

AGORAFOBIA	0	2	0	2
	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
TRASTORNO DE PANICO	0	1	0	1
	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	3	0	3
	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%
TRASTORNO DE ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	2	1	3
	0,0%	0,3%	0,2%	0,5%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	2	0	2
	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
Total	614	10	1	625
	98,2%	1,6%	0,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 35. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína en el género masculino área de consulta externa durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	HEROINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	614	0	0	614
	98,2%	0,0%	0,0%	98,2%
AGORAFOBIA	0	2	0	2
	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
TRASTORNO DE PANICO	0	1	0	1
	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	3	0	3
	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%
TRASTORNO DE ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	2	1	3
	0,0%	0,3%	0,2%	0,5%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	2	0	2
	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
Total	614	10	1	625
	98,2%	1,6%	0,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Seguidamente, se obtuvo que el consumo de sustancia lícita como el alcohol se relacionó con el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos en un 0,5% (n=3).

Tabla 36. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol en el género masculino área de consulta externa durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ALCOHOL			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	614 98,2%	0 0,0%	0 0,0%	614 98,2%
AGORAFOBIA	0 0,0%	2 0,3%	0 0,0%	2 0,3%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	1 0,2%	0 0,0%	1 0,2%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	3 0,5%	0 0,0%	3 0,5%
TRASTORNO DE ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	0 0,0%	3 0,5%	3 0,5%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	2 0,3%	0 0,0%	2 0,3%
Total	614 98,2%	8 1,3%	3 0,5%	625 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En último lugar, la asociación entre el tipo de trastorno de ansiedad con la escala de depresión de Beck se dio en el trastorno de adaptación con predominio en el nivel leve en un 0,3% (n=2).

Tabla 37. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y escala de Beck en el género masculino área de consulta externa durante el periodo 2019.

TIPO DE TRSTORNO DE ANSIEDAD	ESCALA DE DEPRESION DE BECK				Total
	No registro	LEVE	MODERADO	SEVERO	
NO REGISTRO	614 98,2%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	614 98,2%
AGORAFOBIA	0 0,0%	0 0,0%	1 0,2%	1 0,2%	2 0,3%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	0 0,0%	1 0,2%	0 0,0%	1 0,2%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	2 0,3%	0 0,0%	1 0,2%	3 0,5%
TRASTORNO DE ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	1 0,2%	1 0,2%	1 0,2%	3 0,5%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	0 0,0%	1 0,2%	1 0,2%	2 0,3%
Total	614 98,2%	3 0,5%	4 0,6%	4 0,6%	625 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

GÉNERO FEMENINO DEL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA, PERIODO 2019.

En el área de consulta externa, la población con intento suicida atendida durante el periodo 2019; correspondiente al género femenino; estuvieron en un rango de edad de 20 a 35 años en un 30,4% (n=306). El estado civil no se evidencio registro en un 97,7% (n=985), sin embargo, el 1,8% (n=18) eran casados.

El rol que desempeñaron en su núcleo hubo predominio en madre con un 1,0% (n=10). El abuso psicológico hubo estrecha relación en sus valores obteniéndose si en un 1,1% (n=11); y para la respuesta no en un 1,2% (n=12). El abuso sexual hubo predominio en si ser abusados en un 1,4% (n=14).

El consumo de drogas no tuvo registro en un 97,7% (n=985). Entre ellas se encontraron a: cocaína, escopolamina y marihuana con iguales valores para

su consumo en un 0,1% (n=1); heroína con un valor de 0,5% (n=5); y benzodiazepinas en un 0,2% (n=2). Además, se presentó el consumo de alcohol en un 1,7 % (n=17).

El disponer de una actividad laboral, no hubo registro en un 97,7% (n=985); sin embargo, en aquellos registrados existió predominio en los que no laboraban con un 2,3% (n=23). Además de, mayor porcentaje en aquellos que no manifestaron alteración psicosocial en un 1,9% (n=19).

En los antecedentes patológicos personales, no hubo registro en un 97,7% (n=985); en el porcentaje restante hubo estrecha relación en sus valores obteniéndose si en un 1,2% (n=12); y para la respuesta no en un 1,1% (n=11); referente a los tipos de trastornos se observó predominantemente al trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos en un 1,0% (n=10).

Referente a la escala de Beck, se observó mayor proporción en el nivel moderado en un 1,1% (n=11).

Los resultados de frecuencias anteriormente relatados se exponen en el anexo 8.

Continuando con el estudio, se relacionó el tipo de trastornos de ansiedad con droga consumida. La cocaína tiene relación con aquellos pacientes que presentaron trastorno de adaptación en un 0,1% (n=1).

Tabla 38. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y cocaína en el género femenino área de consulta externa durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	COCAINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	985 97,7%	0 0,0%	0 0,0%	985 97,7%
AGORAFOBIA	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	1 0,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	10 1,0%	0 0,0%	10 1,0%

ATAQUE DE PANICO	0	5	0	5
	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	2	1	3
	0,0%	0,2%	0,1%	0,3%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	4	0	4
	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
Total	985	22	1	1008
	97,7%	2,2%	0,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a, la escopolamina tiene relación con aquellos pacientes que presentaron agorafobia en un 0,1% (n=1).

Tabla 39. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y escopolamina en el género femenino área de consulta externa durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ESCOPOLAMINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	985	0	0	985
	97,7%	0,0%	0,0%	97,7%
AGORAFOBIA	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	10	0	10
	0,0%	1,0%	0,0%	1,0%
TRASTORNO DE PANICO	0	5	0	5
	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	3	0	3
	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	4	0	4
	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
Total	985	22	1	1008
	97,7%	2,2%	0,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Continuando con el consumo de drogas, tenemos a la marihuana que presentó relación con el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos en un 0,1% (n=1).

Tabla 40. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y marihuana en el género femenino área de consulta externa durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	MARIHUANA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	985 97,7%	0 0,0%	0 0,0%	985 97,7%
AGORAFOBIA	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	1 0,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0 0,0%	9 0,9%	1 0,1%	10 1,0%
TRASTORNO DE PANICO	0 0,0%	5 0,5%	0 0,0%	5 0,5%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0 0,0%	3 0,3%	0 0,0%	3 0,3%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0 0,0%	4 0,4%	0 0,0%	4 0,4%
Total	985 97,7%	22 2,2%	1 0,1%	1008 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El consumo de heroína se encontró relacionado con el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos en un 0,5% (n=5).

Tabla 41. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y heroína en el género femenino área de consulta externa durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	HEROINA			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	985 97,7%	0 0,0%	0 0,0%	985 97,7%
AGORAFOBIA	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	1 0,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	5	5	10

		0,0%	0,5%	0,5%	1,0%
TRASTORNO DE PANICO		0	5	0	5
		0,0%	0,5%	0,0%	0,5%
TRASTORNO DE ADAPTACION		0	3	0	3
		0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA		0	4	0	4
		0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
	Recuento	985	18	5	1008
Total	% del total	97,7%	1,8%	0,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, se presentó el consumo de alcohol en diferentes trastornos a continuación se exponen de manera decreciente. Es así como, el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos predominó con el 1,0% (n=10); seguido del trastorno de pánico en un 0,5% (n=5); y por último trastorno de ansiedad generalizada en un 0,2% (n=2).

Tabla 42. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y alcohol en el género femenino área de consulta externa durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ALCOHOL			Total
	No registro	NO	SI	
NO REGISTRO	985	0	0	985
	97,7%	0,0%	0,0%	97,7%
AGORAFOBIA	0	1	0	1
	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	0	10	10
	0,0%	0,0%	1,0%	1,0%
ATAQUE DE PANICO	0	0	5	5
	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	3	0	3
	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	2	2	4
	0,0%	0,2%	0,2%	0,4%
Total	985	6	17	1008

97,7% 0,6% 1,7% 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Para finalizar, la asociación entre el tipo de trastorno de ansiedad con la escala de depresión de Beck se presentó con predominio en el nivel severo en un 0,3% (n=3); con el trastorno de adaptación; luego predominio en el nivel moderado en un 0,6% (n=6); con el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos y por último dualidad en el nivel leve en un 0,2% (n=2); con el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos y trastorno de pánico.

Tabla 43. Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y escala de Beck en el género femenino área de consulta externa durante el periodo 2019.

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	ESCALA DE DEPRESION DE BECK				Total
	No registro	LEVE	MODERADO	SEVERO	
NO REGISTRO	985	0	0	0	985
	97,7%	0,0%	0,0%	0,0%	97,7%
AGORAFOBIA	0	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	0	2	6	2	10
	0,0%	0,2%	0,6%	0,2%	1,0%
ATAQUE DE PANICO	0	2	3	0	5
	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,5%
TRASTORNO DE ADAPTACION	0	0	0	3	3
	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0	1	2	1	4
	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%
Total	985	5	11	7	1008
	97,7%	0,5%	1,1%	0,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Una vez realizado el desglose por los años y áreas de estudio con diferentes variables, se realizaron las respectivas correlaciones con valores totales por años determinadas variables, con la finalidad de determinar si son factores de riesgos que potencializan las conductas suicidas en pacientes con

trastornos de bipolaridad. A continuación, se utilizó correlación de Pearson con variables dependientes como: trastornos de ansiedad, consumo de drogas y consumo de alcohol.

Tabla 44. Correlacion entre las variables trastorno de ansiedad y conducta suicida.

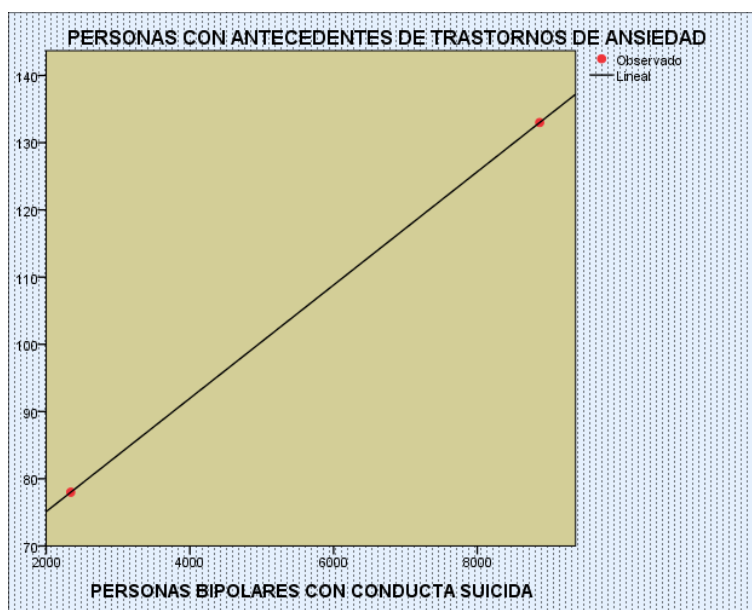
CORRELACIÓN		PERSONAS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PERSONAS BIPOLARES CON CONDUCTA SUICIDA
PERSONAS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 2	1,000** .2
PERSONAS BIPOLARES CON CONDUCTA SUICIDA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1,000** . 2	1 2

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar la variable trastornos de ansiedad manifestó una correlación fuertemente positiva para la variable conducta suicida, como se puede comprobar en la siguiente regresión lineal, cuya ecuación registra $y = 0,008427827152926755 * x + 58,26202880784554$

Ilustración 3. Regresión lineal con variables trastorno de ansiedad y conducta suicida.



Seguidamente, la variable consumo de drogas, también presentó una correlación fuertemente positiva para la variable conducta suicida, y se puede comprobar en la siguiente regresión lineal, cuya ecuación registra $y = 0,006895494943303709 * x + 44,85075084278271$

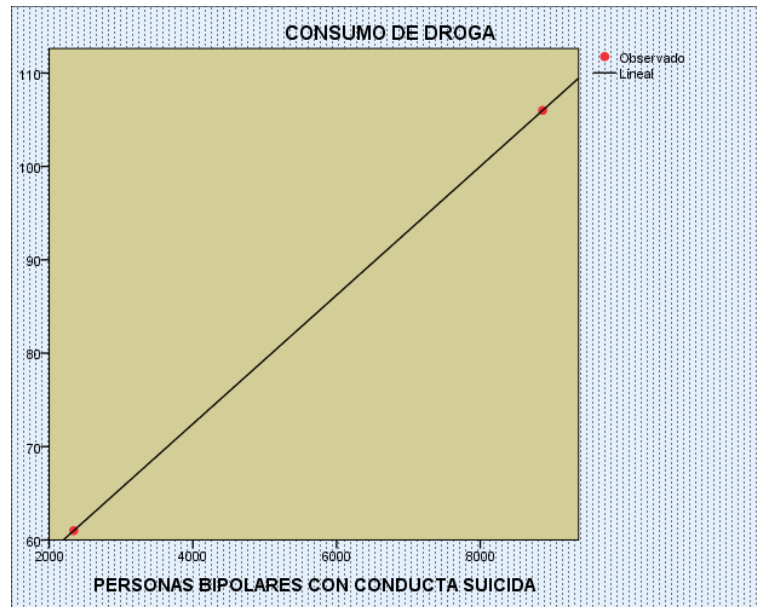
Tabla 45. Correlación entre las variables consumo de drogas y conducta suicida.

CORRELACIÓN		PERSONAS	CONSUMO DE
		BIPOLES CON CONDUCTA SUICIDA	DROGA
PERSONAS BIPOLES CON CONDUCTA SUICIDA	Correlación de Pearson	1	1,000**
	Sig. (bilateral)	.	.
	N	2	2
CONSUMO DE DROGA	Correlación de Pearson	1,000**	1
	Sig. (bilateral)	.	.
	N	2	2

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 4. Regresión lineal con variables consumo de drogas y conducta suicida.



Finalmente, la variable consumo de alcohol, se evidencio una correlación fuertemente positiva para la variable conducta suicida, y se puede comprobar en la siguiente regresión lineal, cuya ecuación registra $y = 0,004443763407906834 * x + 30,5927060986822$

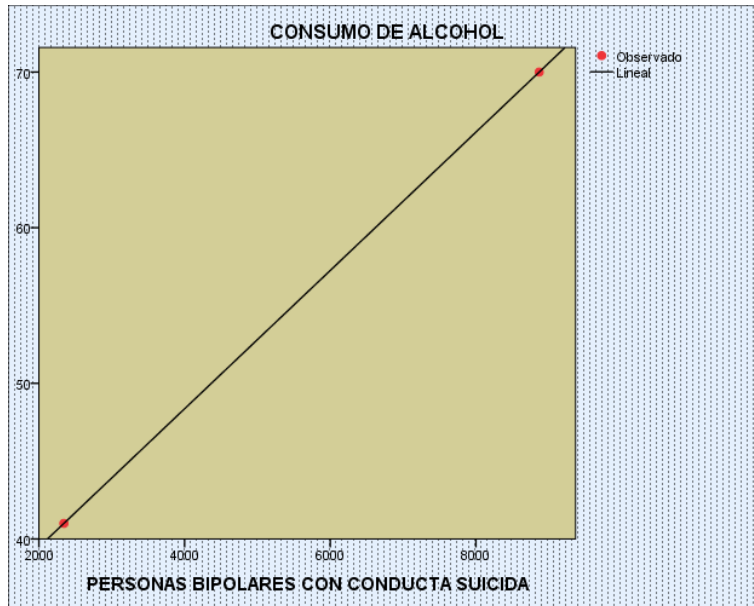
Tabla 46. Correlacion entre las variables consumo de alcohol y conducta suicida.

CORRELACIÓN		PERSONAS	CONSUMO DE
		BIPOLARES CON	ALCOHOL
		CONDUCTA	
		SUICIDA	
PERSONAS BIPOLARES CON CONDUCTA SUICIDA	Correlación de Pearson	1	1,000**
	Sig. (bilateral)		.
	N	2	2
CONSUMO DE ALCOHOL	Correlación de Pearson	1,000**	1
	Sig. (bilateral)	.	
	N	2	2

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 5. Regresión lineal con variables consumo de alcohol y conducta suicida.



CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

En el Ecuador, no está bien definida la conducta suicida, tampoco el desglose de su componente multifactorial, que puede desarrollarse sobre un sustrato sociodemográfico, dinámica familiar, sobre todo en pacientes con bipolaridad que cursan en una de sus fases con suicidio, si es que esta entidad patológica no es detectada de manera temprana.

El presente estudio se desarrolló con paciente bipolares que tenían conductas suicidas; en donde se indica en la literatura un gran predominio de intentos y conductas suicidas en la adolescencia; siendo así los generadores de intentos suicidas en edades de 12 a 15 años con un 78%, predominando en el género masculino con un 82.8% (73). Sin embargo, en el estudio realizado anteriormente, se puede evidenciar que la variable sociodemográfica que hace referencia a los rangos de edad se presenta en mayor porcentaje en aquellos con edades entre 20 – 35 años; este resultado es consistente con un estudio donde se manifestó que el intento suicida predomina en edades entre 18 y 30 años con el 32.8% (74).

Sin embargo, se evidencia estudios con especificidad en donde se desglosa la prevalencia de ideas suicidas en un 3.67%, de planes suicidas 1.92% y de intentos de suicidio del 1.46%, existiendo diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad, con predominio de ideas entre los 18 y 64 años, y de planes e intentos suicidas entre los 18 y 49 años (75). A pesar de esto se puede confirmar que estos eventos no son exclusivos de los adolescentes.

Con relación a los antecedentes patológicos personales, se concuerda con múltiples estudios en donde se confirma la coexistencia de trastornos mentales, para esto;

como factor de riesgo se mostró el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos en un 4% del total de la población con un nivel severo en la escala de depresión de Beck, en este sentido, se coincide con un estudio en el cual los factores de riesgo para pacientes con bipolaridad fue la ansiedad y dependencia con un valor chi cuadrado de 40.318 ($p=0.00$) con un OR de 4.248 (IC 2.64 – 6.84) (76).

Enfatizando la presencia de ansiedad en pacientes bipolares se encuentra en un estudio como una severidad de este, para el sexo femenino en un rango de edad de 35 a 44 años con 2 casos, y el sexo masculino 1 caso para rango de edad de 35 a 44 años y un caso para aquellos comprendidos entre 15 a 24 años (77). A pesar de estas fuertes relaciones existieron estudios en que no presentaron antecedentes en el 60% de los casos y en los que, si lo poseían, el 9% tenían trastorno bipolar lo cual es poco significativo (78).

Continuando con la actividad laboral no se obtuvo resultado significativo en el estudio, lo que no se relaciona puesto que, en literatura previa se observa como un factor desencadenante teniendo así un estudio en donde el 63.5% de la población era desempleados y se encontraban en fase maniaca del trastorno bipolar, a pesar de aquello los intentos suicidas no fueron predominantes, pero si la conducta suicida en el 66.7% (79); siendo más detallista se añade que el 40.3% declara que trabaja, el 30.9% busca trabajo y el 28.4% no trabaja ni busca trabajo (80).

Por otra parte, los hallazgos presentados el consumo de alcohol tuvo mayor manifestación que el consumo de drogas obteniéndose el 3.7%; y referente a las drogas la heroína estuvo presente con el 2% a pesar de este valor no superó a los que no consumían. Se concuerda con un estudio donde los casos de intentos de suicidio el consumo de alcohol en ambos sexos fue del 9.2% y de drogas del 2.8% (77).

De acuerdo con los resultados, se coincide de manera parcial en cuanto al consumo de sustancias, el 30.7% consumía alcohol, el 8.7% era tabaquista, el 2.4% abusaba de benzodiazepinas y el 6.3% consumía drogas ilícitas. El cannabis era la droga ilícita más consumida (3.9%), seguida de la cocaína (1.6%) y de la combinación

LSD-cannabis 0.8%. (81); siendo así en determinados estudios totalmente contradictorio, porque se atribuye como la única variable asociada al intento suicida exclusivamente el consumo de drogas con un OR ajustado de 11.31 (82).

Respecto a la existencia de maltratos como el abuso, se obtuvo que tanto el abuso psicológico y sexual no tuvo poder creciente, resultando solo el 0.3% y el 1.1% respectivamente. No concordando en una evaluación en pacientes con trastornos bipolares tipo I en eutimia el 64% reporto maltrato durante su infancia, siendo así 42% para el abuso sexual; 30% abuso físico; 23% abuso emocional; 17% negligencia emocional y 14% negligencia física (83).

CAPITULO 6

CONCLUSIÓN

Los pacientes con diagnóstico de trastorno de bipolaridad que tuvieron conductas suicidas involucran una diversidad de factores de riesgos cada uno de ellos con su exclusiva magnitud; mostrándose en el presente estudio de investigación que; el consumo de alcohol y consumo de drogas son aquellas variables con fuerte correlación.

En cuanto al entorno social el predominio a conductas suicidas, se manifiesta en edades jóvenes de género masculino y los que no se encuentran en ambito laboral.

A modo general, se puede decir que la enfermedad no es exclusiva, involucró la coexistencia de otro trastorno diferente a los estudiados con regularidad como demostró ser el trastorno de ansiedad; específicamente aquellos que se asociaban con síntomas psicóticos.

La principal limitación de este estudio fue la calidad de reporte en el expediente clínico, ya sea por dos directrices, omisión durante el llenado; o la negatividad del paciente al momento de exponer sus datos. Además, los registros de la historia

clínica, se debió incluirse el número de intentos suicidas, así como la periodicidad de los eventos con su respectivo mecanismo de acción.

CAPITULO 7

RECOMENDACIONES

Implementar nuevos parámetros para mejorar el expediente clínico que este estrechamente relacionado con el ambiente e interacción del paciente con el personal idóneo para la actividad, con el objetivo de sentirse seguro y disminuir su pensamiento de que será juzgado por su respuesta. Además de recoger los datos antes y después de proporcionar al paciente una terapia de aceptación y compromiso.

Realizar estudios prospectivos, que involucren el nivel de suicidalidad y en la población adolescente incluir la influencia de la tecnología, como un posible factor de exposición.

Estratificar en subgrupos aquellos pacientes con trastornos bipolares asociados a trastornos de ansiedad con síntomas psicóticos que reciben medidas de prevención de conductas suicidas por medio de ingresos intrahospitalarios controlados quimestral, de aquellos que no lo reciben para determinar si esta actividad reduce significativamente este tipo de conductas e identificar casos de parasuicidios que no está siendo valorado.

RESUMEN

Los trastornos psiquiátricos son un factor de riesgo para acto suicida, dentro de los estudios se han identificado el 90 a 95% de los suicidios consumados. El objetivo del estudio fue escribir los factores asociados a las conductas suicidas en los casos con trastorno de bipolaridad. Se realizó un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo transversal. Se recolectó información de las historias clínicas, de la emergencia y consulta externa del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil durante el período comprendido desde enero 2018 hasta diciembre 2019. Se trabajó con el 100% de la población con variables como sociodemografía, antecedentes y hábitos, entorno, trastorno de ansiedad; cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión estipulados. Entre los años 2018 – 2019 en la institución el riesgo más alto se estimó para el género masculino con edades entre 20 – 35 años; solteros cuyo rol familiar era hijos, como factor de riesgo se mostró el trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos en un 4% del total de la población con un nivel de moderado a severo en la escala de depresión de Beck, el consumo de alcohol tuvo mayor manifestación que el consumo de drogas obteniéndose el 3.7%; y referente a las drogas la heroína estuvo presente con el 2%. Se concluye que pacientes con trastorno de bipolaridad con conductas suicidas presentan coexistencia de otro trastorno diferente a los estudiados con regularidad como demostró ser el trastorno de ansiedad; específicamente aquellos que se asociaban con síntomas psicóticos.

REFERENCIAS

1. INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de Estadísticas Vitales:Nacimientos y Defunciones. 2001-2014. [Online].; 2015 [cited 2021 Enero 10. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/>.
2. OPS-OMS. MORTALIDAD POR SUICIDIO. [Online].; 2014 [cited 10 Enero 2021. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>.
3. Hogan MF, Goldstein Grumet J. Suicide Prevention: An Emerging Priority For Health Care. Health Aff (Millwood). 2016 Junio; 35(6): p. 1084-1090.
4. Klonsky E MABY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. Rev Adv. 2016 Marzo; 12: p. 307-330.
5. Kuo M-SH-CM-LJFSCC-WSCP-. Risk profiles of personality traits for suicidality among mood disorder patients and community controls. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2017 Noviembre; 137(1): p. 30-38.
6. De Leo D,MA,FA,BJ,CS,AS,a. El estudio WHO START: Comportamientos suicidas en diferentes áreas del mundo. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2013; 34(3).
7. OMS. Prevención del suicidio: un imperio global. OMS-OPS. [Online].; 2014 [cited 2021 Enero 10. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=6DEC8E506643C905F8319997AAAFAD10?sequence=1.
8. Muro Garcia A, González Muro A, Toledo Prado JL, Díaz Martínez N, Negrín Calvo Y. Intento suicida en niños y adolescentes. Aspectos epidemiológicos. Gaceta Médica Espirituana. 2014; 9(2).
9. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno de Vasco. Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. [Online].; 2019 [cited 2021 03 14. Available from:

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf.

10. Kluwer W. Concise Textbook of Clinical Psychiatry. In Benjamin James Sadock VASyPR, editor. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry.: Wolters Kluwer; 2018. p. 177.
11. McIntyre RS, Suppes T, Earley W, Patel M, Stahl SM. Cariprazine efficacy in bipolar I depression with and without concurrent manic symptoms: post hoc analysis of 3 randomized, placebo-controlled studies. CNS Spectrums. 2019 Junio; 25(4): p. 502–510.
12. Benard V, Vaiva G, Masson M, Geoffroy PA. Lithium and suicide prevention in bipolar disorder. L'Encéphale. 2016 Junio; 42(3): p. 234-41.
13. Goodwin KA, Goodwin CJ. Research in Psychology. 8th ed. Inc. JW&S, editor. NJ; 2016.
14. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. Rev. méd. Chile. 2013 Octubre; 141(10).
15. Joshi K, Bates Billick S. Biopsychosocial Causes of Suicide and Suicide Prevention Outcome Studies in Juvenile Detention Facilities: A Review. Psychiatr Q. 2016 May; 88: p. 141–153.
16. Orozco Zavala R. Impacto del estudio de la marihuana y el suicidio en México. Salud Ment. 2017 may./jun; 40(3): p. 91-92.
17. MSP. Manual de atención primaria en Salud Mental. [Online].; 2005 [cited 2021 Enero 10. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20ATENCION%20PRIMARIA%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf>.
18. Núñez González S, Lara Vinuesa AG, Gault C, Delgado-Ron JA. Trends and Spatial Patterns of Suicide Among Adolescent in Ecuador, 1997-2016. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2018 Noviembre; 14: p. 283-292.
19. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud 2013-2017. [Online].; 2017 [cited 2021 Enero 19. Available from:

20. Barroso Martínez AA. Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2019 Enero; 39(135): p. 51-66.
21. Nock MK,HI,SNA,&KRC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. Molecular Psychiatry. 2010 Agosto; 15(8): p. 868-876.
22. Kulkarni RR,RKN,&BS. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters: a case-control study. Asian Journal of Psychiatry. 2013 October; 6(5): p. 75-79.
23. López Steinmetz LC. Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. Ciencias Psicológicas. 2017 Junio; 11(1): p. 89-100.
24. Martínez Hernández O, Montalván Martínez O, Betancourt Izquierdo Y. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. Rev. Med. Electrón. 2019 Marzo-Abril; 41(2): p. 467-482.
25. Girard G. El suicidio en la adolescencia y en la juventud. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2017 Mayo; 5(2): p. 22-31.
26. Escobar Echavarría J, Montoya González LE, Restrepo Bernal D, Mejía Rodríguez D. Ciberacoso y comportamiento suicida. ¿Cuál es la conexión? A propósito de un caso. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2017; 46(4): p. 247-251.
27. Pineda-Roa CA. Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2019; 48(1): p. 2-9.
28. Ruiz-Robledillo N, Ferrer-Cascales R, Albaladejo-Blázquez N, Sánchez-SanSegundo M. Family and School Contexts as Predictors of Suicidal Behavior among Adolescents: The Role of Depression and Anxiety. J Clin Med. 2019 Noviembre; 8(12).

29. Cuesta-Revé D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista mexicana de pediatría*. 2017 Marzo; 84(2): p. 72-77.
30. Steck N, Egger M, Schimmelmann B, Kupferschmid S. Suicide in adolescents: findings from the Swiss National cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2018 June; 27(1): p. 47-56.
31. Medina Pérez O, Piernagorda DC, Rengifo AJ. Prevalencia del suicidio en adultos jóvenes en el departamento del Quindío - Colombia, entre 1989 y 2008. *Pensamiento psicológico*. 2010 Diciembre; 8(15): p. 9-16.
32. Ortiz-Prado E, Simbaña , Gómez L, Henríquez-Trujillo AR, Cornejo León F, Vasconez E, et al. The disease burden of suicide in Ecuador, a 15 years' geodemographic cross-sectional study (2001-2015). *BMC Psychiatry*. 2017 Octubre; 17(1).
33. Gómez-Durán EL FBMGLBBIAFC. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2016 Marzo; 9(1): p. 31-38.
34. James Sadock B, Alcott Sadock V, Ruíz P. Kaplan & Sadock. In Kluwer W, editor. *Sinopsis de psiquiatría*. Barcelona - España: Wolters Kluwer; 2015. p. 1575.
35. Real Academia Nacional de Medicina de España. <http://dtme.ranm.es>. [Online].; 2012 [cited 2021 02 07. Available from: <http://dtme.ranm.es/terminos/parasuicidio.html?id=160>.
36. Santurtún M, Santurtún A, Agudo G, Zarrabeitia MT. Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. *Cuad. med. forense*. 2016 Julio-Diciembre; 2(3-4): p. 73-80.
37. Madea B. *Manual de medicina forense. Traumatología y Criminología*. 2014 Marzo; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118570654.ch15>.
38. Benavides Mora VK, Villota Melo NG, Villalobos Galvis FH. Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2019; 24(3): p. 181-195.

39. Matos Gonçalves A, Da Cruz Sequeira CA, Carvalho Duarte J, Pinto de Freitas P. Suicidal Ideation on Higher Education Students: Influence of Some Psychosocial Variables. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016 April; 30(2): p. 162-166.
40. Lozano Carrera. La experiencia del parasuicidio en población adolescente en las instituciones educativas Alberto Castilla y German Pardo en la ciudad de Ibagué. Tesis. Ibagué Tolima: Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD; 2019.
41. Bostwick JM PV. Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(12): p. 1925-1932.
42. Antretter E DDHC. The WHO/EURO multi-centre study of suicidal behavior: Findings of the Austrian research centre in Europe-wide comparison. *Wien Klin Wochenschr*. 2000 Noviembre; 112(22): p. 955-64.
43. Parkinson J, Minton J, McCartney G. Analysis of age–sex and deprivation stratified trends in assault deaths in Scotland (1974–2015) to identify age, period or cohort effects. *BMJ Open*. 2020 Julio; 10(2).
44. DeVille DC, Whalen D, Barch DM. Prevalence and Family-Related Factors Associated With Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Self-injury in Children Aged 9 to 10 Years. *JAMA network open*. 2020 Febrero; 3(2).
45. Kyung-Sook W, SangSoo S, Sangjin S, Young-Jeon S. Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med*. 2018 Jan; 197: p. 116-126.
46. Wang M, Björkenstam , Alexanderson , Runeson B, Tinghög , Mittendorfer-Rutz. Trajectories of Work-Related Functional Impairment prior to Suicide. *PLOS one*. 2015 October; 10(10).
47. Córdoba-Doña JA, San Sebastian M, Escolar-Pujolar A, Martínez-Faure JE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *International Journal for Equity in Health*. 2014; 13(55).
48. Xu H,ZW,WXea. Prevalence and influence factors of suicidal ideation among females and males in Northwestern urban China: a population-based epidemiological study. *BMC Public Health*. 2015 September; 15(961).

49. OMS-OPS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. [Online].; 2013 [cited 2021 Enero 23. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=AFDA18D5A817DAE5CA0965B1E75F0B1C?sequence=1
50. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011 July; 124: p. 30-41.
51. Cañón Buitrago SC. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de medicina*. 2011 Enero-junio; 11(1): p. 62-67.
52. Navarro-Atienzar F, Zabala-Baños C, Ricarte-Trives JJ. El trauma infantil como factor de riesgo de conductas suicidas en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2019 Junio; 21(1): p. 46-55.
53. Quintanilla Montoya R SLLCGJBPLMLTea. Del contexto cultural al funcionamiento familiar. Conocimientos compartidos y relaciones familiares en adolescentes con intento de suicidio. *Educación y Desarrollo*. 2015 Abril-junio; 33: p. 15-26.
54. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Séptima ed. Barcelona-España: Elsevier Masson; 2011.
55. OMS. Organización mundial de la salud. Trastornos mentales. [Online].; 2019 [cited 2021 Enero 20. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
56. Parker GB RMGRRT. Comparative familial aggregation of bipolar disorder in patients with bipolar I and bipolar II disorders. *Australasian Psychiatry*. 2018 Aug; 26(4).
57. García-Blanco A.C SP,LL. Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica*. 2014 Julio; 21(3).
58. Zamora-Rodríguez FJ SWHMGMJVLF. Substance use and course of bipolar disorder in an inpatient sample. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2018 Agosto; 46(5).

59. Fusar-Poli P HOBABS. Mapping vulnerability to bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of neuroimaging studies. *J Psychiatry Neurosci.* 2012 Mayo; 37(3).
60. Suppes T. Uptodate.com. [Online].; 2020 [cited 2021 Enero 30. Available from: https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-clinical-features?source=search_result&search=trastorno%20bipolar&selectedTitle=2~150.
61. Lyness JM. Uptodate.com. [Online].; 2020 [cited 2021 Enero 20. Available from: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?search=depression%20en%20adultos%20evaluation%20y%20diagnostico&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.
62. Asociación Americana de Psiquiatría. American Psychiatric Association. [Online].; 2013 [cited 2021 Enero 20. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>.
63. Instituto de Neurociencias.. Junta de Beneficencia de Guayaquil. [Online].; 2016 [cited 2021 Enero 24. Available from: <https://institutoneurociencias.med.ec/blog/item/15019-como-identificar-trastorno-bipolar-tipo-ii>.
64. Alto E, Bonnet U, Thomasius R, Entero F, Havemann-Reinecke U, Preuss U. Riesgos asociados con el uso no medicinal del cannabis. *Dtsch Arztebl Int.* 2015; 112: p. 271-8.
65. Zarrouq B, Bendaou B, Elkinany S, Rammouz I, Aalouane R, Lyoussi B, et al. Suicidal behaviors among Moroccan schoolstudents: prevalence and association with socio-demographic characteristics and psychoactive substances use: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2015; 15(284).
66. Petit A, Reynaud M, Lejoyeux M, Coscas S, Karila L. Adicción a la cocaína: ¿un factor de riesgo de suicidio? *La Presse Médicale.* 2012 julio-agosto; 41(7-8): p. 702-712.
67. González Hernández H. Posible relacion entre los suicidios consumados y el consumo de alcohol, cannabis y cocaína. Tesis de grado. Universidad de Laguna, Facultad de ciencias de la salud; 2015-2016.

68. Delgado B, ICJ, AD, GJM, & MMMC. Relación entre la ansiedad social y las dimensiones de la personalidad en adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*. 2018; 46(1): p. 81-92.
69. Baca Garcia E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*. 2014 Sept-Oct; 35(5): p. 373-380.
70. Peñate W, Dorta-Concepción L, Álvarez-Pérez Y, T. Pitti C, Villaverde ML, Bethencourt JM. Comorbilidad en una Muestra de Pacientes con Agorafobia: La Presencia de la Ideación Suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*. RIDEP . 2020; 55(2): p. 173-183.
71. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. [Online].; 2016 [cited 2021 Enero 30. Available from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf.
72. Council for International Organizations of Medical Sciences. International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans, Fourth Edition. Geneva. [Online].; 2016 [cited 2021 Enero 30. Available from: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>.
73. Pérez Abreu S, Cuéllar Álvarez J, Ferrer Lozano D. Caracterización del intento suicida en adolescentes desde un centro comunitario de salud mental. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2018 jul - ago; 22(4).
74. Medina Rodríguez M, Rosales Rondón Y, Chávez Infante O. enfermeria2019.sld.cu. [Online].; 2019 [cited 2021 Julio 29. Available from: <http://www.enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/viewFile/440/156>.
75. Huerta Ramírez R. Conducta suicida en población general adulta española. *Dialnet*. 2017;(227): p. 25-42.
76. Idrovo Idrovo C. Tesis: prevalencia del trastorno bipolar y factores asociados en las parroquias rurales del cantón Cuenca. Tesis. Cuenca: Universidad de Azuay, Medicina; 2019 Octubre.

77. Lopez Steinmetz LC. Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Cienc. Psicol.* 2017 Jun; 11(1).
78. García Ruíz RE. Factores de riesgo en pacientes con intento suicida engresados ene I Hospital Psicosocial abril 2017 - diciembre 2018. Tesis. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Ciencias Médicas; 2019.
79. Valdivieso Jimenez G. Severidad Clínica En Trastorno Bipolar, Trastorno Límite De La Personalidad Y Su Comorbilidad. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2020 Mar; 58(1).
80. Burgos GV, Narváez NN, Bustamante PS, Burrone MS, Fernández R, Abeldaño RA. Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina. *Acta de Investigación Psicológica.* 2017 Dic; 7(3): p. 2802-2810.
81. Torales J, Barrios I, Gonzalez S. Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2020; 18(2): p. 54-62.
82. Chavez Caceres R, Luna Muñoz C, Mendoza Cernaque S, Ubillus JJ, Correa Lopez L. Factores asociados a ideación suicida en pacientes de un hospital de Perú. *Rev. Fac. Hum.* 2020 jul/sep; 20(3).
83. Rios U, Moya PR, Urrejola O, Hermosilla J, Gonzalez R, Muñoz P, et al. El maltrato infantil y su rol en el curso clínico de pacientes con trastorno bipolar. *Rev. med. Chile.* 2020 Feb; 48(2).
84. Aguilera Arzuaga CR. La conducta suicida y sus factores de riesgo en Holguín, Cuba. *Correo Científico Médico.* 2018 Jul-sept; 22(3).

ANEXO 1

HOMBRES; ÁREA DE EMERGENCIA AÑO 2018

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
>=65	19	5,4	5,4	5,4
10-14	1	,3	,3	5,7
15-19	27	7,7	7,7	13,4
20-35	153	43,5	43,5	56,8
36-49	91	25,9	25,9	82,7
50-64	61	17,3	17,3	100,0
Total	352	100,0	100,0	

ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	326	92,6	92,6	92,6
CASADO	7	2,0	2,0	94,6
SOLTERO	18	5,1	5,1	99,7
UNION LIBRE	1	,3	,3	100,0
Total	352	100,0	100,0	

ROL EN SU NUCLEO FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	326	92,6	92,6	92,6
ABUELO	3	,9	,9	93,5
HIJO	18	5,1	5,1	98,6
PADRE	5	1,4	1,4	100,0
Total	352	100,0	100,0	

ABUSO PSICOLOGICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	326	92,6	92,6	92,6
NO	25	7,1	7,1	99,7
SI	1	,3	,3	100,0
Total	352	100,0	100,0	

ABUSO SEXUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	326	92,6	92,6	92,6
NO	22	6,3	6,3	98,9
SI	4	1,1	1,1	100,0
Total	352	100,0	100,0	

LABORAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	326	92,6	92,6	92,6
NO	25	7,1	7,1	99,7
SI	1	,3	,3	100,0
Total	352	100,0	100,0	

PSICOSOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	326	92,6	92,6	92,6
NO	25	7,1	7,1	99,7
SI	1	,3	,3	100,0
Total	352	100,0	100,0	

ANTECEDENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	326	92,6	92,6	92,6
NO	6	1,7	1,7	94,3
SI	20	5,7	5,7	100,0
Total	352	100,0	100,0	

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	326	92,6	92,6	92,6
AGORAFOBIA	5	1,4	1,4	94,0
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	14	4,0	4,0	98,0
TRASTORNO DE ADAPTACION	1	,3	,3	98,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	3	,9	,9	99,1
TRASTORNO DE PANICO	3	,9	,9	100,0
Total	352	100,0	100,0	

ESCALA DE DEPRESION DE BECK

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	326	92,6	92,6	92,6
LEVE	4	1,1	1,1	93,8
MODERADO	9	2,6	2,6	96,3
SEVERO	13	3,7	3,7	100,0
Total	352	100,0	100,0	

ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	326	92,6	92,6	92,6
NO	13	3,7	3,7	96,3
SI	13	3,7	3,7	100,0
Total	352	100,0	100,0	

HEROINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1	,3	,3	,3
NO REGISTRO	326	92,6	92,6	92,9
NO	18	5,1	5,1	98,0
SI	7	2,0	2,0	100,0
Total	352	100,0	100,0	

ANEXO 2

MUJERES; ÁREA DE EMERGENCIA AÑO 2018

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
>=65	36	6,6	6,6	6,6
10-14	13	2,4	2,4	9,0
15-19	53	9,7	9,7	18,8
20-35	181	33,3	33,3	52,0
36-49	139	25,6	25,6	77,6
50-64	122	22,4	22,4	100,0
Total	544	100,0	100,0	

ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	510	93,8	93,8	93,8
CASADA	19	3,5	3,5	97,2
SOLTERA	13	2,4	2,4	99,6
UNION LIBRE	2	,4	,4	100,0
Total	544	100,0	100,0	

ROL EN SU NUCLEO FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	509	93,6	93,6	93,6
ESPOSA	9	1,7	1,7	95,2
HIJA	15	2,8	2,8	98,0

MADRE	11	2,0	2,0	100,0
Total	544	100,0	100,0	

ABUSO PSICOLOGICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	509	93,6	93,6	93,6
NO	17	3,1	3,1	96,7
SI	18	3,3	3,3	100,0
Total	544	100,0	100,0	

ABUSO SEXUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	509	93,6	93,6	93,6
NO	18	3,3	3,3	96,9
SI	17	3,1	3,1	100,0
Total	544	100,0	100,0	

LABORAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	509	93,6	93,6	93,6
NO	32	5,9	5,9	99,4
SI	3	,6	,6	100,0
Total	544	100,0	100,0	

PSICOSOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	509	93,6	93,6	93,6
NO	23	4,2	4,2	97,8
SI	12	2,2	2,2	100,0
Total	544	100,0	100,0	

ANTECEDENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	509	93,6	93,6	93,6
NO	14	2,6	2,6	96,1
SI	21	3,9	3,9	100,0
Total	544	100,0	100,0	

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	509	93,6	93,6	93,6
AGORAFOBIA	6	1,1	1,1	94,7
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	7	1,3	1,3	96,0
ATAQUE DE PANICO	10	1,8	1,8	97,8
FOBIA SOCIAL	3	,6	,6	98,3
TRASTORNO DE ADAPTACION	5	,9	,9	99,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	4	,7	,7	100,0
Total	544	100,0	100,0	

ESCALA DE DEPRESION DE BECK

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	509	93,6	93,6	93,6
LEVE	3	,6	,6	94,1
MODERADO	17	3,1	3,1	97,2
SEVERO	15	2,8	2,8	100,0
Total	544	100,0	100,0	

ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	509	93,6	93,6	93,6
NO	19	3,5	3,5	97,1
SI	16	2,9	2,9	100,0
Total	544	100,0	100,0	

HEROINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	509	93,6	93,6	93,6
NO	30	5,5	5,5	99,1
SI	5	,9	,9	100,0
Total	544	100,0	100,0	

ANEXO 3

HOMBRES; ÁREA DE CONSULTA EXTERNA AÑO 2018

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
>=65	207	11,7	11,7	11,7
1 - 4	1	,1	,1	11,7
10-14	62	3,5	3,5	15,2
15-19	156	8,8	8,8	24,0
20-35	527	29,7	29,7	53,7
36-49	404	22,7	22,7	76,4
5-9	16	,9	,9	77,3
50-64	403	22,7	22,7	100,0
Total	1776	100,0	100,0	

ESTADOCIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	1743	98,1	98,1	98,1
CASADO	24	1,4	1,4	99,5
SOLTERO	6	,3	,3	99,8
UNION LIBRE	3	,2	,2	100,0
Total	1776	100,0	100,0	

ROLENSUNUCLEOFAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	1743	98,1	98,1	98,1
ABUELO	2	,1	,1	98,3
ESPOSO	3	,2	,2	98,4
HIJO	9	,5	,5	98,9

PADRE	19	1,1	1,1	100,0
Total	1776	100,0	100,0	

ABUSO PSICOLOGICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	1743	98,1	98,1	98,1
NO	11	,6	,6	98,8
SI	22	1,2	1,2	100,0
Total	1776	100,0	100,0	

ABUSO SEXUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	1743	98,1	98,1	98,1
NO	14	,8	,8	98,9
SI	19	1,1	1,1	100,0
Total	1776	100,0	100,0	

LABORAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	1743	98,1	98,1	98,1
NO	33	1,9	1,9	100,0
Total	1776	100,0	100,0	

PSICOSOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	1743	98,1	98,1	98,1
NO	30	1,7	1,7	99,8
SI	3	,2	,2	100,0
Total	1776	100,0	100,0	

ANTECEDENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	1743	98,1	98,1	98,1
NO	19	1,1	1,1	99,2
SI	14	,8	,8	100,0
Total	1776	100,0	100,0	

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	1743	98,1	98,1	98,1
AGORAFOBIA	1	,1	,1	98,2
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	11	,6	,6	98,8
ATAQUE DE PANICO	11	,6	,6	99,4
TRASTORNO DE ADAPTACION	4	,2	,2	99,7
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	6	,3	,3	100,0
Total	1776	100,0	100,0	

ESCALA DE DEPRESION DE BECK

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	1743	98,1	98,1	98,1
LEVE	4	,2	,2	98,4
MODERADO	13	,7	,7	99,1
SEVERO	16	,9	,9	100,0

Total	1776	100,0	100,0
-------	------	-------	-------

ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	1743	98,1	98,1	98,1
NO	12	,7	,7	98,8
SI	21	1,2	1,2	100,0
Total	1776	100,0	100,0	

HEROINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	1743	98,1	98,1	98,1
NO	25	1,4	1,4	99,5
SI	8	,5	,5	100,0
Total	1776	100,0	100,0	

ANEXO 4

MUJERES; ÁREA DE CONSULTA EXTERNA AÑO 2018

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
>=65	472	16,7	16,7	16,7
1 - 4	1	,0	,0	16,7
10-14	82	2,9	2,9	19,6
15-19	182	6,4	6,4	26,1
20-35	709	25,1	25,1	51,2
36-49	667	23,6	23,6	74,8
5-9	24	,8	,8	75,6
50-64	689	24,4	24,4	100,0
Total	2826	100,0	100,0	

ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	2787	98,6	98,6	98,6
CASADA	28	1,0	1,0	99,6
SOLTERA	10	,4	,4	100,0

UNION LIBRE	1	,0	,0	100,0
Total	2826	100,0	100,0	

ROL EN SU NUCLEO FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	2787	98,6	98,6	98,6
ABUELA	2	,1	,1	98,7
ESPOSA	15	,5	,5	99,2
HIJA	10	,4	,4	99,6
MADRE	12	,4	,4	100,0
Total	2826	100,0	100,0	

ABUSO PSICOLOGICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	2787	98,6	98,6	98,6
NO	19	,7	,7	99,3
SI	20	,7	,7	100,0
Total	2826	100,0	100,0	

ABUSO SEXUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	2787	98,6	98,6	98,6
NO	22	,8	,8	99,4
SI	17	,6	,6	100,0
Total	2826	100,0	100,0	

LABORAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	2787	98,6	98,6	98,6
NO	39	1,4	1,4	100,0

Total	2826	100,0	100,0	
-------	------	-------	-------	--

PSICOSOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	2787	98,6	98,6	98,6
NO	30	1,1	1,1	99,7
SI	9	,3	,3	100,0
Total	2826	100,0	100,0	

ANTECEDENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	2787	98,6	98,6	98,6
NO	20	,7	,7	99,3
SI	19	,7	,7	100,0
Total	2826	100,0	100,0	

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	2787	98,6	98,6	98,6
AGORAFOBIA	1	,0	,0	98,7
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	12	,4	,4	99,1
ATAQUE DE PANICO	7	,2	,2	99,3
TRASTORNO DE ADAPTACION	12	,4	,4	99,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	7	,2	,2	100,0

Total	2826	100,0	100,0
-------	------	-------	-------

ESCALA DE DEPRESION DE BECK

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	2787	98,6	98,6	98,6
LEVE	5	,2	,2	98,8
MODERADO	17	,6	,6	99,4
SEVERO	17	,6	,6	100,0
Total	2826	100,0	100,0	

ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	2787	98,6	98,6	98,6
NO	19	,7	,7	99,3
SI	20	,7	,7	100,0
Total	2826	100,0	100,0	

HEROINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	2787	98,6	98,6	98,6
NO	30	1,1	1,1	99,7
SI	9	,3	,3	100,0
Total	2826	100,0	100,0	

ANEXO 5

HOMBRES; ÁREA DE EMERGENCIA AÑO 2019

RANGO DE EDAD				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
>=65	21	8,3	8,3	8,3
10-14	3	1,2	1,2	9,5
15-19	24	9,5	9,5	19,0
20-35	90	35,6	35,6	54,5

36-49	64	25,3	25,3	79,8
50-64	51	20,2	20,2	100,0
Total	253	100,0	100,0	

ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	242	95,7	95,7	95,7
CASADO	4	1,6	1,6	97,2
SOLTERO	7	2,8	2,8	100,0
Total	253	100,0	100,0	

ROL EN SU NUCLEO FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	242	95,7	95,7	95,7
HIJO	7	2,8	2,8	98,4
PADRE	4	1,6	1,6	100,0
Total	253	100,0	100,0	

ABUSO PSICOLOGICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	242	95,7	95,7	95,7
NO	7	2,8	2,8	98,4
SI	4	1,6	1,6	100,0
Total	253	100,0	100,0	

ABUSO SEXUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	242	95,7	95,7	95,7
NO	6	2,4	2,4	98,0
SI	5	2,0	2,0	100,0
Total	253	100,0	100,0	

LABORAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	242	95,7	95,7	95,7
NO	10	4,0	4,0	99,6
SI	1	,4	,4	100,0
Total	253	100,0	100,0	

PSICOSOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	242	95,7	95,7	95,7
NO	8	3,2	3,2	98,8
SI	3	1,2	1,2	100,0
Total	253	100,0	100,0	

ANTECEDENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	242	95,7	95,7	95,7
NO	4	1,6	1,6	97,2
SI	7	2,8	2,8	100,0

Total	253	100,0	100,0	
-------	-----	-------	-------	--

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	242	95,7	95,7	95,7
AGORAFOBIA	3	1,2	1,2	96,8
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	4	1,6	1,6	98,4
TRASTORNO DE ADAPTACION	1	,4	,4	98,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	3	1,2	1,2	100,0
Total	253	100,0	100,0	

ESCALA DE DEPRESION DE BECK

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	242	95,7	95,7	95,7
LEVE	3	1,2	1,2	96,8
MODERADO	5	2,0	2,0	98,8
SEVERO	3	1,2	1,2	100,0
Total	253	100,0	100,0	

ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	242	95,7	95,7	95,7

NO	6	2,4	2,4	98,0
SI	5	2,0	2,0	100,0
Total	253	100,0	100,0	

HEROINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	242	95,7	95,7	95,7
NO	8	3,2	3,2	98,8
SI	3	1,2	1,2	100,0
Total	253	100,0	100,0	

ANEXO 6

MUJERES; ÁREA DE EMERGENCIA AÑO 2019

RANGO DE EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
>=65	36	7,9	7,9	7,9
10-14	12	2,6	2,6	10,5
15-19	45	9,9	9,9	20,4
20-35	176	38,6	38,6	59,0
36-49	106	23,2	23,2	82,2
50-64	81	17,8	17,8	100,0
Total	456	100,0	100,0	

ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	423	92,8	92,8	92,8
CASADA	11	2,4	2,4	95,2
SOLTERA	21	4,6	4,6	99,8
UNION LIBRE	1	,2	,2	100,0
Total	456	100,0	100,0	

ROL EN SU NUCLEO FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	423	92,8	92,8	92,8
ESPOSA	3	,7	,7	93,4
HERMANA	1	,2	,2	93,6
HIJA	18	3,9	3,9	97,6
MADRE	11	2,4	2,4	100,0
Total	456	100,0	100,0	

ABUSO PSICOLOGICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	423	92,8	92,8	92,8
NO	24	5,3	5,3	98,0
SI	9	2,0	2,0	100,0
Total	456	100,0	100,0	

ABUSO SEXUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	423	92,8	92,8	92,8
NO	16	3,5	3,5	96,3
SI	17	3,7	3,7	100,0
Total	456	100,0	100,0	

LABORAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	423	92,8	92,8	92,8
NO	31	6,8	6,8	99,6
SI	2	,4	,4	100,0
Total	456	100,0	100,0	

PSICOSOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	423	92,8	92,8	92,8
NO	29	6,4	6,4	99,1
SI	4	,9	,9	100,0

Total	456	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

ANTECEDENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	423	92,8	92,8	92,8
NO	7	1,5	1,5	94,3
SI	26	5,7	5,7	100,0
Total	456	100,0	100,0	

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	423	92,8	92,8	92,8
AGORAFOBIA	10	2,2	2,2	95,0
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	14	3,1	3,1	98,0
TRASTORNO DE ADAPTACION	3	,7	,7	98,7
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	1	,2	,2	98,9
TRASTORNO DE PANICO	5	1,1	1,1	100,0
Total	456	100,0	100,0	

ESCALA DE DEPRESION DE BECK

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	423	92,8	92,8	92,8
LEVE	8	1,8	1,8	94,5
MODERADO	17	3,7	3,7	98,2
SEVERO	8	1,8	1,8	100,0
Total	456	100,0	100,0	

ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	423	92,8	92,8	92,8
NO	17	3,7	3,7	96,5
SI	16	3,5	3,5	100,0
Total	456	100,0	100,0	

HEROINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	423	92,8	92,8	92,8
NO	29	6,4	6,4	99,1
SI	4	,9	,9	100,0
Total	456	100,0	100,0	

COCAINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	423	92,8	92,8	92,8
NO	29	6,4	6,4	99,1
SI	4	,9	,9	100,0
Total	456	100,0	100,0	

ANEXO 7

HOMBRES; ÁREA DE CONSULTA EXTERNA AÑO 2019

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
>=65	80	12,8	12,8	12,8
10-14	19	3,0	3,0	15,8
15-19	67	10,7	10,7	26,6
20-35	181	29,0	29,0	55,5
36-49	138	22,1	22,1	77,6
5-9	15	2,4	2,4	80,0
50-64	125	20,0	20,0	100,0
Total	625	100,0	100,0	

ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2
CASADO	8	1,3	1,3	99,5
SOLTERO	3	,5	,5	100,0
Total	625	100,0	100,0	

ROL EN SU NUCLEO FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2
ABUELO	2	,3	,3	98,6
HIJO	3	,5	,5	99,0
PADRE	6	1,0	1,0	100,0
Total	625	100,0	100,0	

ABUSO PSICOLOGICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2
NO	4	,6	,6	98,9
SI	7	1,1	1,1	100,0
Total	625	100,0	100,0	

ABUSO SEXUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2
NO	4	,6	,6	98,9
SI	7	1,1	1,1	100,0
Total	625	100,0	100,0	

LABORAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2
NO	11	1,8	1,8	100,0

Total	625	100,0	100,0	
-------	-----	-------	-------	--

PSICOSOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2
NO	8	1,3	1,3	99,5
SI	3	,5	,5	100,0
Total	625	100,0	100,0	

ANTECEDENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2
NO	9	1,4	1,4	99,7
SI	2	,3	,3	100,0
Total	625	100,0	100,0	

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2
AGORAFOBIA	2	,3	,3	98,6
ATAQUE DE PANICO	1	,2	,2	98,7
TRASTORNO DE ADAPTACION	3	,5	,5	99,2
TRASTORNO DE ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	3	,5	,5	99,7
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2	,3	,3	100,0
Total	625	100,0	100,0	

ESCALA DE DEPRESION DE BECK

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2
LEVE	3	,5	,5	98,7
MODERADO	4	,6	,6	99,4
SEVERO	4	,6	,6	100,0
Total	625	100,0	100,0	

ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2
NO	8	1,3	1,3	99,5
SI	3	,5	,5	100,0
Total	625	100,0	100,0	

COCAINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2
NO	10	1,6	1,6	99,8
SI	1	,2	,2	100,0
Total	625	100,0	100,0	

ECTASE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2

NO	10	1,6	1,6	99,8
SI	1	,2	,2	100,0
Total	625	100,0	100,0	

HEROINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	614	98,2	98,2	98,2
NO	10	1,6	1,6	99,8
SI	1	,2	,2	100,0
Total	625	100,0	100,0	

ANEXO 8

MUJERES; ÁREA DE CONSULTA EXTERNA AÑO 2019

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
>=65	149	14,8	14,8	14,8
10-14	36	3,6	3,6	18,4
15-19	91	9,0	9,0	27,4
20-35	306	30,4	30,4	57,7
36-49	212	21,0	21,0	78,8
5-9	6	,6	,6	79,4
50-64	208	20,6	20,6	100,0
Total	1008	100,0	100,0	

ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	985	97,7	97,7	97,7
CASADO	18	1,8	1,8	99,5
SOLTERO	3	,3	,3	99,8
UNION LIBRE	2	,2	,2	100,0
Total	1008	100,0	100,0	

ROL EN SU NUCLEO FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	985	97,7	97,7	97,7
ESPOSA	8	,8	,8	98,5
HERMANA	1	,1	,1	98,6
HIJA	4	,4	,4	99,0
MADRE	10	1,0	1,0	100,0
Total	1008	100,0	100,0	

ABUSO PSICOLOGICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	985	97,7	97,7	97,7
NO	12	1,2	1,2	98,9
SI	11	1,1	1,1	100,0
Total	1008	100,0	100,0	

ABUSO SEXUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	985	97,7	97,7	97,7
NO	9	,9	,9	98,6
SI	14	1,4	1,4	100,0
Total	1008	100,0	100,0	

LABORAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	985	97,7	97,7	97,7
NO	23	2,3	2,3	100,0
Total	1008	100,0	100,0	

PSICOSOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	985	97,7	97,7	97,7
NO	19	1,9	1,9	99,6
SI	4	,4	,4	100,0
Total	1008	100,0	100,0	

ANTECEDENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	985	97,7	97,7	97,7
NO	11	1,1	1,1	98,8
SI	12	1,2	1,2	100,0
Total	1008	100,0	100,0	

TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	985	97,7	97,7	97,7
AGORAFOBIA	1	,1	,1	97,8
ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS	10	1,0	1,0	98,8

ATAQUE DE PANICO	5	,5	,5	99,3
TRASTORNO DE ADAPTACION	3	,3	,3	99,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	4	,4	,4	100,0
Total	1008	100,0	100,0	

ESCALA DE DEPRESION DE BECK

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	985	97,7	97,7	97,7
LEVE	5	,5	,5	98,2
MODERADO	11	1,1	1,1	99,3
SEVERO	7	,7	,7	100,0
Total	1008	100,0	100,0	

ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO REGISTRO	985	97,7	97,7	97,7
NO	6	,6	,6	98,3
SI	17	1,7	1,7	100,0
Total	1008	100,0	100,0	

HEROINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

NO REGISTRO	985	97,7	97,7	97,7
NO	18	1,8	1,8	99,5
SI	5	,5	,5	100,0
Total	1008	100,0	100,0	