



Pontificia Universidad Católica Del Ecuador

FACULTAD DE MEDICINA

TEMA:

“COMPARACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS AL INGRESO Y EGRESO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN DE LOS HOSPITALES ENRIQUE GARCÉS Y PABLO ARTURO SUÁREZ EN EL PERÍODO 2013 AL 2015”.

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORAS:

DRA. MARITZA ROSANA DOMÍNGUEZ ZAMBRANO

DRA. DANIELA DEL PILAR PÉREZ SAMANIEGO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. CARRIÓN SUÁREZ FREDDY GONZALO

DIRECTOR METODOLÓGICO:

MSC. ERAZO CHEZA CARLOS VINICIO

QUITO, NOVIEMBRE 2017

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por permitirnos alcanzar este sueño y bendecirnos siempre en nuestra carrera profesional.

A nuestros maestros, aquellos que compartieron todos sus conocimientos y aportaron en nuestra formación práctica y académica.

Un especial agradecimiento al Dr. Freddy Carrión y Msc. Carlos Erazo que con su profesionalismo supieron asesorar acertadamente nuestro Proyecto de Investigación.

LOS AUTORES

DEDICATORIA

A Dios por regalarme el milagro de vida y concederme la oportunidad de alcanzar esta nueva meta profesional.

A mi esposo Jorge Jaya y mi hijo Alejandro Jaya, a mi querida madre Clara Samaniego, mi tía María Inés Samaniego y mis hermanos.

Dra. Daniela del Pilar Pérez Samaniego

A mi esposo e hijas por siempre brindarme su apoyo incondicional y compañía en mi carrera; a mis padres por siempre ser mi guía para alcanzar todos mis objetivos y a mis queridas hermanas por todo su cariño.

Dra. Maritza Rosana Domínguez Zambrano

GLOSARIO DE TÉRMINOS

OMS:	Organización Mundial de Salud
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
HEG:	Hospital Enrique Garcés
HPAS:	Hospital General Pablo Arturo Suárez
MAIS:	Modelo de Atención Integral en Salud
CIE 10:	Clasificación Internacional de Enfermedades
TA:	Trastorno Mental
GHQ:	Cuestionario General de Salud

ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA: Síndrome Depresivo, Síndrome de Ansiedad, Síndrome de Abstinencia, Síndrome Confusional, Síndrome Conversivo, Esquizofrenia, Trastorno Psicótico Agudo, Crisis Convulsiva, Síndrome Confusional , Trastorno del Comportamiento, Trastorno Bipolar, Trastorno Distímico, Demencia Senil, Anorexia Nerviosa.

INTOXICACIÓN: Intoxicación Medicamentosa, Intoxicación Alcohólica, Intoxicación por Drogas, Intoxicación por Órgano Fosforado, Intoxicación por Sustancia Desconocida, Intoxicación Alimentaria.

OTROS: Diabetes Descompensada, Policontuso, Dolor Abdominal, Insuficiencia Respiratoria, Fiebre de Origen a Determinar, Celulitis de Tobillo Derecho , Hernia Discal, Insuficiencia Cardíaca, Paro Cardiorespiratorio.

RESUMEN

Problema:

Los trastornos mentales son uno de los grupos de patologías en los que menos se enfocan los sistemas de salud, y en muchos casos son subdiagnosticadas. En el Ecuador existen pocos estudios que determinen las características sociodemográficas de ésta población, así mismo, la prevalencia de los diferentes trastornos psiquiátricos con los que ingresan los pacientes a las unidades de salud.

Objetivo General:

Comparar los diagnósticos de patologías psiquiátricas al ingreso y egreso en los servicios de emergencia y hospitalización de los Hospitales Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez en el período 2013 al 2015.

Metodología:

Esta investigación fue de tipo transversal y exploratoria; el universo de la presente investigación comprende todos los pacientes que fueron atendidos y que cuentan con formulario 008 e historia clínica, en los servicios de emergencia y hospitalización, que sean mayores de 18 años, diagnosticados con trastornos psiquiátricos en los Hospitales Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez, en el periodo comprendido entre los años 2013 y 2015.

Resultados:

Se estudiaron 945 pacientes, el 80,42% (760) fueron atendidos en el Hospital Enrique Garcés, de éstos 271 fueron atendidos en el servicio de Hospitalización. Predominó el sexo masculino en un 56,08% (530), y los solteros en un 52,70% (498). El grupo de edad de 18 a 38 años fue el de mayor prevalencia con 735 participantes, el 47,23% (128) fueron empleados, el 39,48% (107) no refirió antecedentes patológicos personales y un 73,21% (164) no refirió antecedentes patológicos familiares. El 48,34% (131) no refiere hábitos nocivos ni han tenido hospitalizaciones previas en un 84,87% (231). La primera causa de egreso fue el Intento Autolítico con 102 diagnósticos y junto con la intoxicación fueron los de mayor prevalencia en menores de 38 años con un 33,8% (186) y 22,5% (186) respectivamente. Los diagnósticos de mayor concordancia en orden descendente fueron la Enfermedad Psiquiátrica con un 84,4% (90), la Intoxicación con un 66,3% (98) y el Intento Autolítico con un 56,6% (53).

La relación entre trastornos psiquiátricos y las variables: sexo, edad y ocupación, tuvieron una significancia estadística ($p < 0,05$), mientras que las variables: estado civil, antecedentes patológicos personales, familiares y hábitos no tuvieron una significancia estadística que pueda establecer una relación con los trastornos psiquiátricos.

Discusión:

A partir de los hallazgos encontrados aceptamos la hipótesis alternativa que establece que existen diferencias entre el diagnóstico de ingreso y diagnóstico de egreso, en las patologías psiquiátricas de los hospitales de estudio.

Conclusiones:

Las enfermedades psiquiátricas fueron las de mayor concordancia con un 84,4% (90), siendo ésta relación de concordancia entre los diagnósticos de ingreso y egreso, estadísticamente significativa con una p menor a 0,05. El perfil de los pacientes cumplieron con las siguientes características: masculinos, entre 18 y 38 años, solteros, empleados, sin antecedentes patológicos personales, familiares ni hábitos de consumo.

En general la mayoría de los diagnósticos de ingreso y egreso coincidieron, la mayor discrepancia se presentó entre el Intento Autolítico y la Enfermedad psiquiátrica, y entre el Intento Autolítico y otras enfermedades con 0 concordancias.

Palabras Clave:

- **TRASTORNOS MENTALES**
- **DIAGNÓSTICO DE INGRESO**
- **DIAGNÓSTICO DE EGRESO**
- **CONCORDANCIA.**

ABSTRACT

Problem:

Mental disorders are one of the groups of pathologies in which health systems are least focused, and in many cases they are underdiagnosed. In Ecuador there are few studies that characterize the sociodemographic characteristics of this population, as well as the prevalence of the different psychiatric disorders with which patients enter the health units.

General Objective:

To compare the diagnoses of psychiatric pathologies on admission and discharge in the emergency services and hospitalization of the Enrique Garcés and Pablo Arturo Suárez Hospitals in the period 2013 to 2015.

Methodology:

This research was a cross sectional type, the universe of the present investigation included all the patients who were attended and who have form 008 and clinical history, in the emergency services and hospitalization, who are older than 18 years, diagnosed with psychiatric disorders at the Enrique Garcés and Pablo Arturo Suárez Hospitals, in the period between 2013 and 2015.

Results:

945 patients were studied, 80.42% were treated at the Enrique Garces Hospital, of these 271 were treated in the Hospitalization service. Male sex predominated in 56.08%, and singles in 52.70%.

The age group of 18 to 35 years was the most prevalent with 735 participants, 47.23% were employed, 39.48% did not report personal pathological history and 73.21% did not report family history. 48.34% do not report harmful habits or have had previous hospitalizations in 84.87%.

The first cause of discharge was the Suicide Attempted with 102 diagnoses and together with the Intentional Self Harm were the most prevalent in children under 38 years with 33.8% and 22.5% respectively. The most concordant diagnoses in descending order were the Psychiatric Disease with 84.4%, the Intoxication with 66.3% and the Autolytic Attempt with 56.6% ($p < 0.05$).

Discussion:

The relationship between psychiatric disorders and the variables: sex, age and occupation had a statistical significance ($p < 0.05$), while the variables: marital status, personal pathological history, family and habits did not have a statistical significance that could establish a relationship with psychiatric disorders.

Conclusion:

The psychiatric diseases were the ones with the highest agreement with 84.4%, being this relationship of agreement between the diagnosis of admission and discharge, statistically significant with p less than 0.05.

The profile of the patients fulfilled the following characteristics: male, between 18 and 38 years old, single, employed, with no personal pathological history, family or consumption habits.

Based on the findings we accept the alternative hypothesis that establishes that there are differences between the diagnosis of admission and discharge diagnosis, in the psychiatric pathologies of the study hospitals.

Key Words:

- **MENTAL DISORDERS**
- **DIAGNOSIS OF ADMISSION**
- **DIAGNOSIS OF DISCHARGE**
- **CONCORDANCE**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	viii
CAPÍTULO I	1
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
CAPÍTULO II.....	6
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	6
2.1. Salud Mental	6
2.1.1. Concepto	6
2.1.2. Generalidades.....	7
2.2. El Impacto de los Transtornos Mentales	8
2.2.1. La Carga Global de los Transtornos Mentales.....	8
2.2.2. Costos Sociales y Económicos de los Transtornos Mentales	9
2.3. Atención Integral en Salud Mental.....	10
2.3.1. Estudio del Sistema de Salud Mental de Perú	11
2.3.2. Estudio de Diferencias entre Hombres y Mujeres Hospitalizados por Afectaciones Psiquiátricas en Canadá	13

2.4.	Organización de los Servicios de Salud Mental en el Ecuador.....	15
2.4.1	Servicios Hospitalarios y Salud Mental.....	16
2.4.2.	Modelo de Salud Mental para el Segundo Nivel de Atención.....	20
CAPÍTULO III.....		22
MARCO METODOLÓGICO.....		22
3.1.	Objetivo General	22
3.2.	Objetivos Específicos.....	22
3.3.	Hipótesis.....	22
3.4.	Operacionalización de las Variables	23
3.4.	Universo y Población de Estudio	26
3.5.	Criterios de Inclusión	26
3.6.	Criterios de Exclusión	26
3.7.	Tipo de Estudio	26
3.8.	Aspectos Bioéticos	27
3.8.1.	Confidencialidad.....	27
3.8.2.	Propósitos del estudio	27
CAPÍTULO IV.....		28
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		28
4.1.	Análisis Univariado.....	29
4.1.1.	Características Generales de la Población de Estudio	29
4.1.2.	Principales diagnósticos de ingreso de la población de estudio	31
4.1.3.	Principales diagnósticos de egreso de la población de estudio.....	32

4.2. Análisis Bivariado	33
4.2.1. Relación entre Diagnósticos de Ingreso y Grupos de Edad, de la Población de Estudio..	33
4.2.2. Relación entre Diagnósticos de Egreso y Grupo de Edad de la Población de Estudio..	34
4.2.3. Relación entre Diagnóstico de Ingreso y Sexo de la Población de Estudio.....	35
4.2.4. Relación entre Diagnóstico de Egreso y Sexo de la Población de Estudio	35
4.2.5. Relación entre Diagnóstico de Ingreso y Estado Civil la Población Estudio..	36
4.2.6. Relación entre Diagnóstico de Egreso y Estado Civil de la Población Estudio	37
4.2.7. Relación entre Diagnóstico de Ingreso y Hábitos de la Población de Estudio ..	37
4.2.8. Relación entre Diagnóstico de Egreso y Hábitos de la Población de Estudio...38	
4.2.9. Relación entre Diagnóstico de Ingreso y Ocupación de la Población Estudio..	39
4.2.10. Relación entre Diagnóstico de Egreso y Ocupación de la Población Estudio	39
4.3. Análisis de Concordancia.....	40
4.3.1. Relación de Concordancia entre Diagnósticos de Ingreso y Egreso de Pacientes Hospitalizados.....	40
4.4. Discusión.....	41
CONCLUSIONES	50
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	54
ANEXOS	59
LIMITANTES.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Egresos hospitalarios según grupos de causa de morbilidad lista de agrupamiento de 298 causas CIE-10 años 2013 – 2015	17
Tabla No. 2 Egresos hospitalarios según grupos de causa de morbilidad lista de agrupamiento de 298 causas CIE-10 años 2013 – 2015 – Pichincha	17
Tabla No. 3 Egresos hospitalarios Hospitales Generales Pablo Arturo Suárez y Enrique Garcés 2014 – 2015.....	19
Tabla No. 4 Operacionalización de variables	23
Tabla No. 5 Características generales de la población de estudio, años 2013 – 2015.....	29
Tabla No. 6. 10 Principales diagnósticos de ingreso de la población de estudio, años 2013 – 2015.....	31
Tabla No. 7 10 Principales diagnósticos de egreso de la población de estudio, años 2013 – 2015.....	32
Tabla No. 8.....	33
Tabla No. 9 Diagnósticos de egreso por grupo de edad de la población de estudio, años 2013 – 2015.....	34
Tabla No. 10 Diagnóstico de ingreso por sexo de la población de estudio, años 2013 – 2015	35
Tabla No. 11 Diagnóstico de egreso por sexo de la población de estudio, años 2013 - 2015	35
Tabla No. 12 Diagnóstico de ingreso según estado civil de la población de estudio, años 2013 – 2015.....	36
Tabla No. 13 Diagnóstico de egreso según estado civil de la población de estudio, años 2013 – 2015.....	37
Tabla No. 14 Diagnóstico de ingreso según hábitos de la población de estudio, años 2013 – 2015.....	37
Tabla No. 15 Diagnóstico de egreso según hábitos de la población de estudio, años 2013 – 2015.....	38
Tabla No. 16 Diagnóstico de ingreso según ocupación de la población de estudio, años 2013 – 2015.....	39
Tabla No. 17 Diagnóstico de egreso según ocupación de la población de estudio, años 2013 – 2015.....	39
Tabla No. 18 Concordancia entre diagnósticos de ingreso y egreso de pacientes hospitalizados, años 2013 a 2015	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Egresos Hospitalarios por Trastornos Mentales a Nivel Nacional y Provincia de Pichincha 2012 – 2015.....	18
Gráfico No. 2 Egresos hospitalarios mensuales Hospitales: Pablo Arturo Suárez y Enrique Garcés 2014 – 2015	19

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad mental son fenómenos de gran complejidad, en los cuales intervienen aspectos ecológicos y biopsicosociales. Por lo tanto, se relacionan, por un lado, con aspectos políticos, culturales, sociales y ambientales; por otro lado, con circunstancias psicológicas, simbólicas y biológicas. La historia natural de la salud y la enfermedad mental puede ser modificada por la ejecución de programas de salud general y salud pública. (Arango & Rojas, 2008)

Los trastornos psiquiátricos tienen una característica universal, es decir, que se pueden presentar en cualquier persona sin importar sexo, edad, raza o clase social, de acuerdo con datos proporcionados en el Informe de Salud Mundial de la OMS, una de cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales a lo largo de su vida. (Rodríguez, Kohn, & Aguilar, 2009)

Por otro lado, de las diez principales causas de discapacidad en el mundo, medidas en años de vida sufriendo una discapacidad, el 50% son condiciones psiquiátricas: depresión unipolar, uso de alcohol, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia y trastorno obsesivo-compulsivo. (Arango & Rojas, 2008)

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas

mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Según la OMS hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En la actualidad la población que demanda servicios de atención primaria presenta un alto porcentaje de pacientes con patologías psiquiátricas. (OMS, Trastornos Mentales, 2017).

En el Ecuador para el año 2014 el INEC registró un total de 176 egresos para trastornos de demencia, siendo 104 hombres y 72 mujeres, el alta se dio a un total 171 pacientes, 99 hombres y 72 mujeres con un total de 171, teniendo que 5 pacientes hombres fallecieron. Para trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de alcohol se registró un total de egresos de 1.445 de los cuales 1.221 fueron hombres y 224 mujeres, se les dio el alta a un total de 1.433, siendo 1.221 hombres y 222 mujeres, esto se debe a que se registró 12 fallecidos. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC, 2014)

Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas presentaron un total de egresos de 901 de los cuales 743 fueron hombres y 158 mujeres, el alta se dio a 893 pacientes. Para trastornos esquizofrénicos, esquizotípicos y trastornos delirantes se registró un total de 1.367 egresos, de los cuales 728 fueron hombres y 639 mujeres, el alta se dio a 1.362 pacientes, el resto se registra como fallecidos. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC, 2014)

Trastornos afectivos registro un total de 1.785 egresos, siendo 668 hombres y 1.117 mujeres, el alta se dio a 1.771, el resto se registró como fallecidos. Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos se registró un total de 1.218 siendo 433

hombres y 785 mujeres, el alta se dio a 1.208, el resto se registra como fallecidos. Otros trastornos mentales y del comportamiento se registró con un total de 898 siendo 500 hombres y 398 mujeres, altas un total de 887, el resto se registró como fallecidos. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC, 2014)

A pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada o inadecuada, con una capacidad resolutive insuficiente que se hace evidente en las actuales brechas de tratamiento de los trastornos mentales.

Así mismo, en el Ecuador y específicamente en la ciudad de Quito, no se ha establecido el perfil de morbilidad de la gran variedad de trastornos mentales; no existe estadística que demuestre las características sociodemográficas de ésta población. A esto se suma que solo una minoría de personas que necesitan atención relacionada con salud mental la reciben, a pesar de todo el impacto social y económico que puede generar, considerando además que este tipo de trastornos pueden afectar en una mayor proporción a la población de estratos socioeconómicos más bajos donde el acceso a servicios de salud es más complicado.

2. JUSTIFICACIÓN

La prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario en América Latina, sin embargo, más de la tercera parte de las personas con una psicosis no afectiva, más de la mitad de las que padecían trastornos de ansiedad y alrededor de tres cuartas partes de las que tenían problemas relacionados con el consumo de alcohol no reciben ningún tratamiento psiquiátrico en el sistema de salud formal. (Kohn, y otros, 2005)

La carga de enfermedades mentales de la población no es solamente un reflejo de la prevalencia de estados psicopatológicos, sino el resultado de un conjunto de estados, problemas y características sociodemográficas que desempeñan un papel preponderante.

Por otro lado, se puede evidenciar que las patologías psiquiátricas constituyen uno de los escenarios más difíciles en los departamentos de emergencias, al tratar a pacientes con sus cuadros clínicos agudos requiere de habilidades increíbles, sabiendo que evaluaciones incorrectas llevan a desenlaces fatales. (Riba & Ravindranat, 2010); a ello se suma que en el Ecuador, no existe una línea base clara de pacientes con enfermedades psiquiátricas, lo que no permite contar con un perfil de usuarios para este tipo de servicios de salud provocando que no se pueda determinar estrategias clara de mejora para un tratamiento mucho más integral para este tipo de patologías.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos mentales han sido, en los últimos años, un grupo de patologías poco estudiadas en el Ecuador, y mucho menos a nivel provincial o local; generando consecuencias negativas en los tomadores de decisiones ya que, al no existir información confiable y accesible, no se dimensiona el problema y menos aún el plan de acción para hacerlo frente.

Sin embargo, se han desarrollado varias herramientas por parte del INEC y de mismo Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que permite establecer de manera general una descripción de las principales causas de atención de morbilidad psiquiátrica nivel local y nacional, que inclusive permiten obtener la información por unidad operativa.

En los últimos años con el lanzamiento del Modelo de Atención Integral en Salud Mental, se ha venido implementando varias acciones para mejorar el diagnóstico, tratamiento y manejo de las patologías mentales, así como, su reporte y registro, no obstante, no se ha logrado establecer una línea base de los trastornos mentales en los Hospitales de segundo nivel de la ciudad de Quito, y conocer las características sociodemográficas que permitan delimitar un perfil de usuarios de los servicios; que permita establecer estrategias de promoción, prevención y tratamiento de éstas patologías.

Es preciso levantar información cuali y cuantitativa, respecto a este tipo de enfermedades, ya que, en la actualidad hay muy pocas investigaciones respecto a éstas.

Es por esto que, resulta relevante visibilizar éste grupo de enfermedades, analizar esta temática y sentar las bases para que abra el camino a otras modalidades y territorios de atención.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. Salud Mental

2.1.1. Concepto

La Salud Mental es definida como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013). Se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades, y permitirles alcanzar sus propios objetivos³. En este sentido, es más que la mera ausencia de trastornos mentales; e incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. (OMS, 2004)

Salud mental es el estado de desarrollo integral del sujeto, en que pueden armonizarse los distintos elementos que le constituyen (físicos, cognitivos, emocionales, ideológicos, religiosos,) permitiendo que se adapte en el medio ambiente en que se desenvuelve y se relacione adecuadamente con otros y consigo mismo. En este sentido, la salud mental es materia de interés para todos y todas, no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental es decir que las acciones deben ser reorientadas desde los servicios, hacia el fortalecimiento de la promoción de la salud mental con enfoque comunitario, familiar e intercultural, de acuerdo al objetivo propuesto en el Modelo de Atención Integral en Salud. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

2.1.2. Generalidades

Se podría considerar que varias de las características socio-demográficas, epidemiológicas, económicas y culturales de la población ecuatoriana, como fuentes generadoras de inequidad e injusticia social, pudieran derivar en algún trastorno de salud mental sobre todo en las poblaciones más vulnerables como son los niños y adolescentes; mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

De acuerdo a varios informes de la OMS, los trastornos mentales representan el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe. Un sistema de salud mental eficiente es vital para poder reducir esta elevada carga que se traduce en morbilidad, mortalidad y discapacidad; así como para cerrar la alta brecha en términos de personas enfermas que no están recibiendo ningún tipo de tratamiento. (IESM - OMS, 2009)

La creciente carga de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe se ha convertido en un problema demasiado relevante como para seguir siendo ignorado. Una investigación realizada por la OPS (2005) sobre las posibles consecuencias de no tomar acciones ante la brecha en atención de salud mental, evidencia que: "las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9%, y el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban. (OMS, 2015)

2.2. El Impacto de los Trastornos Mentales

2.2.1. La Carga Global de los Trastornos Mentales

Los números no pueden hacer justicia al dolor y sufrimiento causado por los trastornos mentales. En todo el mundo, 121 millones de personas padecen depresión, 70 millones padecen problemas relacionados con el alcohol, 24 millones padecen esquizofrenia y 37 millones demencia. Hasta la última década, sin embargo, debido a otras prioridades sanitarias y a la ausencia de sistemas complejos para estimar la importancia de los trastornos mentales se vio que la angustia de millones de personas, familias, y cuidadores pasó desapercibida en todo el mundo. (OMS, 2003)

Se estima que la carga debida a los trastornos mentales se incrementará en las próximas décadas. En el 2020 es posible que los trastornos mentales conformen el 15% de los años de vida perdidos y ajustados por discapacidad. Se espera que la depresión se convierta en la segunda causa más importante de discapacidad en el mundo. Los países en vías de desarrollo con un sistema de salud mental poco desarrollado probablemente verán incrementada de forma sustancial la carga atribuida a los trastornos mentales. Las impresionantes reducciones en la tasa de mortalidad infantil y enfermedades infecciosas, especialmente en los países en vías de desarrollo, dará como resultado un mayor número de personas que alcanzarán la edad de vulnerabilidad a los trastornos mentales. (OMS, 2003)

Otras posibles razones para el incremento de la carga debida a los trastornos mentales incluyen la rápida urbanización, los conflictos, los desastres y los cambios macroeconómicos. La urbanización está acompañada de un incremento en la cifra de personas sin hogar, pobreza,

hacinamiento, mayores niveles de polución, ruptura en las estructuras familiares y pérdida de apoyo social, cada uno de los cuales son factores de riesgo para los trastornos mentales; crece el número de personas en el mundo que están expuestas a conflictos armados, tensiones sociales y desastres, provocando desplazamientos, pérdida de hogares y pobreza. Las personas expuestas a la violencia son más proclives que otras a padecer trastornos mentales tales como el trastorno de estrés post-traumático y la depresión, probablemente provocando un abuso de alcohol y drogas y un incremento de los índices de suicidio. (OMS, 2003)

En muchos países en vías de desarrollo la urgencia por el desarrollo económico ha tenido múltiples consecuencias; la reestructuración económica ha supuesto cambios en las políticas de empleo con repentinas y masivas subidas del desempleo, lo que representa un factor de riesgo significativo para los trastornos mentales como la depresión y para el suicidio, esto sumando a cambios políticos que también crea problemas no previstos, como por ejemplo en el sector sanitario. (OMS, 2003)

2.2.2. Costos Sociales y Económicos de los Transtornos Mentales

Los costes económicos totales de los trastornos mentales son fundamentales. En los E.E.U.U., se estima que los costes directos de los tratamientos son anualmente de 148 billones de dólares, representando el 2.5% del producto nacional bruto. En los países desarrollados, los costes indirectos atribuidos a los trastornos mentales son de dos a seis veces superiores a los costes directos y es probable que representen una proporción incluso mayor del total de los costes directos en los países en vías de desarrollo, en los que los costes directos tienden a ser bajos. En la mayoría de los países, las familias soportan una proporción significativa de estos costes económicos por la ausencia de redes integrales de servicios de salud mental financiadas

con fondos públicos. Las familias también incurren en costes sociales, tales como la carga emocional de cuidar a los miembros discapacitados de la familia, la disminución de calidad de vida de los cuidadores, la exclusión social, la estigmatización y la pérdida de oportunidades futuras para la mejora personal. (OMS, 2003)

2.3. Atención Integral en Salud Mental

La mayoría de las veces que un paciente con síntomas psiquiátricos tiene contacto con un profesional de la salud, no es con un psiquiatra. Y muchas de esas veces, el cuadro del que ese paciente es portador ha comenzado hace mucho tiempo; por ello es imperativo que los médicos de atención primaria, los especialistas de otras disciplinas y otros profesionales de la salud pongan atención a los antecedentes personales y familiares, a las peculiaridades surgidas de la entrevista de estos pacientes y a la evolución de estos casos. Cuando el paciente asiste primariamente a un psiquiatra, a menudo es por una emergencia y muchas veces aquello por lo que consulta se ha cronificado y por lo mismo, ya se ha hecho más difícil de tratar. (Erazo, 2010)

En la literatura sobre los trastornos mentales, es frecuente constatar que la mayoría de ellos no se diagnostica de manera oportuna, por lo que su tratamiento se posterga mucho tiempo, a menudo por años. El reconocimiento precoz de estas condiciones y un adecuado manejo desde sus primeras manifestaciones, podrían determinar un cambio esencial en el curso, en el pronóstico y en la prevención o reducción de las consecuencias sociales de las enfermedades mentales. Aunque no hay una evidencia empírica absoluta para esta hipótesis respecto de algunos trastornos mentales, esta perspectiva es central en el estudio y comprensión de la gran mayoría. (Erazo, 2010)

El retraso diagnóstico tiene diferentes explicaciones para cada una de las condiciones clínicas; para algunos desórdenes mentales, en particular la esquizofrenia, la enfermedad bipolar y algunos de los trastornos de ansiedad, la investigación clínica ha establecido de manera directa el intervalo de tiempo entre el comienzo “real” de la enfermedad y el momento del diagnóstico e inicio de un tratamiento apropiado. En el caso de los trastornos de la alimentación y en ciertos trastornos de ansiedad, la dificultad en el tratamiento y en el diagnóstico temprano parece deberse a las múltiples barreras existentes en el proceso de solicitud de ayuda por parte de los pacientes. En el caso de la depresión mayor monopolar, hay numerosas evidencias que justifican la tardanza en el diagnóstico. (Erazo, 2010)

Este cambio de paradigma no apunta únicamente a adelantar un diagnóstico con el objetivo de aplicar un tratamiento estándar para una enfermedad ya establecida y consolidada; por el contrario, se propone protocolizar intervenciones específicas para la fase en que se encuentra la enfermedad, esto sumado al desarrollo de programas que permitan la identificación temprana de este tipo de enfermedades; iniciativa que ya ha sido puesta en marcha en algunos países como Australia, Canadá, Estados Unidos, Alemania, Reino Unido y España, entre otros. (Erazo, 2010)

2.3.1. Estudio del Sistema de Salud Mental de Perú

La visión actual de la salud tiende cada vez más a considerar las necesidades de la persona no solo en lo físico o mental, sino también los diversos aspectos psicosociales y del entorno en que vive. Esto no es mera consecuencia de un planteamiento teórico, sino de la experiencia que solicita cada vez más una concepción amplia de la atención en salud. A medida que nuestra comprensión de la salud y de la enfermedad mental continúa evolucionando, se hacen

indispensables nuevas propuestas en el sistema de prestación de servicios de salud mental. (Díaz & Enríquez, 2017)

En el año 2015, las formas más comunes de enfermedad mental a nivel nacional fueron el trastorno depresivo (20.7%), la violencia (11.3%) y las adicciones (3%). Otras enfermedades como la ansiedad, los trastornos de la alimentación, el consumo de sustancias, sobre todo de alcohol se han convertido en temas recurrentes de conversación, ya que las personas en estas circunstancias manifiestan su dificultad para obtener ayuda; sin embargo, solo un 20% del total de los afectados por enfermedades mentales buscan ayuda especializada, una de las causas se debe en gran parte al estigma que rodea la enfermedad mental. Al igual que el abordaje terapéutico de cualquier enfermedad, el tratamiento eficaz de las enfermedades mentales y del comportamiento requiere tanto la continuidad de la atención, como la combinación adecuada de servicios cuándo y dónde la persona los necesite. (Díaz, 2017)

En este contexto se vienen haciendo esfuerzos para mejorar el acceso a servicios especializados de salud mental sobre todo para los que están más afectados. El Ministerio de Salud de Perú logró la modificación de su normativa la misma que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental sin diferenciación; enfocándose de esta manera a que todas las personas tienen derecho a gozar de salud mental y que es responsabilidad del Estado garantizar la disponibilidad de programas en todo el territorio nacional. En esta línea también se consideran como acciones básicas la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. (Díaz, 2017)

En este sentido, una visión integral de salud incluye también los determinantes sociales de la misma, como el nivel socioeconómico, la educación y las redes de apoyo social que influyen significativamente en la salud mental. De ellos, el nivel de ingresos es uno de los determinantes sociales más significativos, ya que influye en la calidad de otros factores determinantes como la vivienda, la seguridad alimentaria, la educación y la actividad física. (Díaz & Enríquez, 2017)

Existe fuerte evidencia de que una mejor situación social y económica está asociada a mayores índices de salud. A medida que aumenta el ingreso las necesidades de atención médica generalmente disminuyen; la falta de vivienda, la pobreza, el desempleo y la baja alfabetización exponen a las personas a un riesgo mayor de desarrollar problemas de salud mental. Del mismo modo, estos problemas pueden influir negativamente en la capacidad de un individuo para encontrar una vivienda segura y estable, obtener empleo e ingresos adecuados. Tomar medidas para mejorar los determinantes es esencial para promover y mantener la salud mental. (Díaz & Enríquez, 2017)

2.3.2. Estudio de Diferencias entre Hombres y Mujeres Hospitalizados por Afectaciones Psiquiátricas en Canadá

A fin de identificar las diferencias entre hombres y mujeres que han sido hospitalizados por afectaciones psiquiátricas, se realizó un estudio comparativo en la ciudad de Ontario Canadá; donde se tomó como muestra 95.055 correspondiente a los años 2008 y 2013.

De la muestra objeto de estudio, 48,083 pacientes eran mujeres (50,6%) y 46,972 eran hombres (49,4%). Las mujeres eran mayores y tenían una mayor estabilidad socioeconómica,

pero eran más propensas a agresiones. Hombres y mujeres tuvieron tasas similares de ingreso psiquiátrico reciente y de por vida, uso en el departamento de emergencia e intentos de autolesión, y la comorbilidad médica; sin embargo los hombres eran más propensos que las mujeres a presentar trastornos psicóticos, consumo de alcohol y trastornos por consumo de sustancias y ser evaluados como agresivos con los demás, en cambio las mujeres eran más propensas a tener trastornos de humor y ansiedad y trastornos de personalidad comórbidos. La duración de la estadía fue similar entre hombres y mujeres, y la minoría (10%) en ambos grupos fueron dados de alta. contra el consejo médico. Tanto los hombres como las mujeres mostraron mejoría de los síntomas durante el ingreso, pero las mujeres tuvieron una mayor depresión y síntomas de ansiedad al momento del alta.

Por otro lado los resultados posteriores al alta se muestran que aproximadamente el 9.0% de la cohorte fue readmitida 30 días después del alta, aumentando al 15.8% a los 90 días después del alta, sin diferencias entre hombres y mujeres después de considerar los factores clínicos. En general, 6.3% y 11.1% de la cohorte tuvieron una visita al departamento de emergencia sin readmisión dentro de los 30 y 90 días del alta, respectivamente; dentro de los 30 días posteriores al alta, el 1,3% de la cohorte tuvo un intento de autolesión y, a los 90 días posteriores al alta, aumentó al 2,5%. Las mujeres eran significativamente más propensas que los hombres a hacerse daño. (Vigod, y otros, 2016)

Así mismo, posterior al estudio se descubrió diferencias importantes que sugieren que los hombres y las mujeres pueden requerir diferentes tipos de intervención para abordar sus determinantes sociales de la salud y las necesidades clínicas durante las estancias hospitalarias y después del alta. Aunque la estabilidad socioeconómica relativa de las mujeres podría considerarse ventajosa, sus tasas de visitas al departamento de emergencia y de readmisión

fueron similares a las de los hombres, y las tasas de autolesiones de las mujeres después del alta fueron más altas que las de los hombres. La mayoría de las planificaciones de alta existentes y las aplicaciones de atención a la transición transfronteriza enfocan más necesidades socioeconómicas básicas, tales como el mantenimiento de la estabilidad de la vivienda, la administración de casos para garantizar la asistencia a las citas y la adherencia farmacoterapéutica. Sin embargo, los resultados sugieren que las mujeres tenían más probabilidades que los hombres de satisfacer estas necesidades básicas y, para mejorar los resultados después del alta, las mujeres pueden requerir otros servicios, por ejemplo, más apoyo moral y práctico para abordar su recuperación en el contexto de sus roles como esposas y madres. (Vigod, y otros, 2016)

2.4. Organización de los Servicios de Salud Mental en el Ecuador

En el Ecuador, existe una dependencia del Ministerio de Salud Pública a nivel central encargada de brindar asesoría a las autoridades del Ministerio sobre políticas y legislación en salud mental. Esta dependencia está involucrada en la planificación, coordinación y supervisión de los servicios de salud mental del país y en la capacitación del personal que trabaja en dichas unidades y en investigaciones muy puntuales. (OMS, 2008)

Los servicios de salud mental no están organizados de manera regionalizada y en forma equitativa de acuerdo a las necesidades de la población, por el contrario, es evidente una concentración en las grandes ciudades del país como son: Quito, Guayaquil y Cuenca, existiendo zonas en las que no se brinda atención en este campo. (OMS, 2008)

Existen dos hospitales psiquiátricos dependientes del Ministerio de Salud Pública, ambos ubicados en la ciudad de Quito. En la misma ciudad, cinco hospitales de especialidades ofrecen servicios de atención en salud mental y psiquiatría tanto ambulatoria como bajo internamiento de corta duración; uno de dichos hospitales es exclusivo para niños y adolescentes. En dos centros de salud se da atención de salud mental y psiquiatría a pacientes ambulatorios y adicionalmente hay una unidad no vinculada a ningún servicio que proporciona atención a pacientes ambulatorios. (OMS, 2008)

En trece provincias se ofrece atención psiquiátrica en los Hospitales Provinciales, esta atención es básicamente ambulatoria y en mínima proporción se realizan internamientos, dado que no existe una dotación fija de camas para psiquiatría. (OMS, 2008)

2.4.1 Servicios Hospitalarios y Salud Mental

En el Ecuador, en el período 2012 a 2015 respecto a estadísticas hospitalarias camas y egresos según Instituto Nacional de Estadística y Censos ubica a los trastornos mentales a partir del lugar 112 de los egresos hospitalarios según grupos de causa de morbilidad, de una lista de agrupamiento de 298 causas según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE – 10.

En la Tabla No. 1 se puede observar los principales trastornos mentales y su ubicación llegando a un total de 8.791 egresos en el año 2012, cifra que desciende a 8.326 en el 2015.

Tabla No. 1

Egresos hospitalarios según grupos de causa de morbilidad lista de agrupamiento de 298 causas CIE-10 años 2013 – 2015

Lugar	Trastornos	Años			
		2012	2013	2014	2015
112	Demencia	214	170	176	155
113	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	2.080	1.726	1.445	1.281
114	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	521	657	901	1.367
115	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	1.384	1.333	1.367	1.376
116	Trastornos del humor [afectivos]	2.438	1.793	1.785	2.088
117	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	1.245	1.201	1.218	1.127
118	Retraso mental	121	74	66	78
119	Otros trastornos mentales y del comportamiento	788	977	898	854
Total Egresos hospitalarios		8.791	7.931	7.856	8.326

Fuente: INEC- Anuario de Estadísticas Hospitalarios: Egresos y Camas 2013 - 2015

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela

Así mismo, en la Tabla No. 2 se puede presenta los egresos hospitalarios que registra la provincia de Pichincha para los años 2012 al 2015; en donde se puede evidenciar el incremento del tipo de transtornos mentales:

Tabla No. 2

Egresos hospitalarios según grupos de causa de morbilidad lista de agrupamiento de 298 causas CIE-10 años 2013 – 2015 – Pichincha

Lugar	Trastornos	Años			
		2012	2013	2014	2015
112	Demencia	78	63	66	51
113	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	254	271	232	224
114	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	162	244	347	430
115	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	269	299	302	354
116	Trastornos del humor [afectivos]	682	627	604	799
117	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	362	368	364	282
118	Retraso mental	38	20	20	31

➡ Continúa

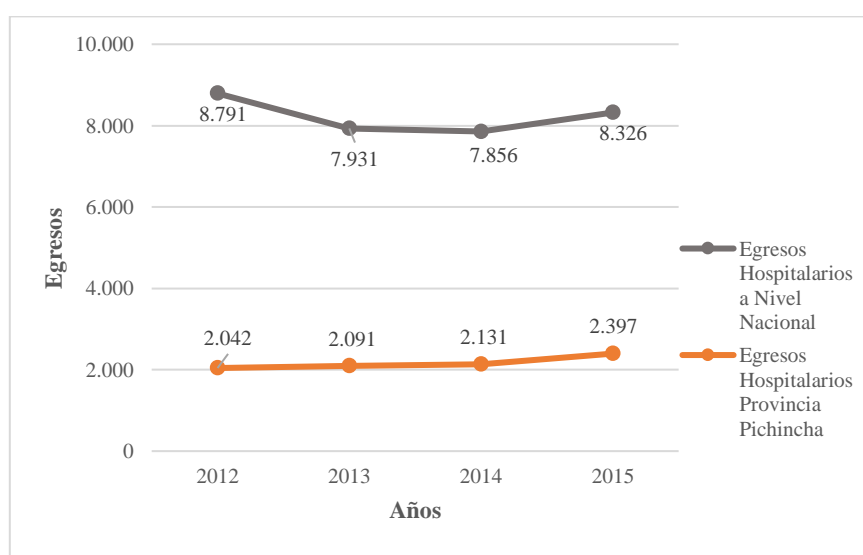
Lugar	Trastornos	Años			
		2012	2013	2014	2015
119	Otros trastornos mentales y del comportamiento	197	199	196	226
Total Egresos Hospitalarios		2.042	2.091	2.131	2.397

Fuente: INEC- Anuario de Estadísticas Hospitalarios: Egresos y Camas 2013 - 2015

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela

Gráfico No. 1

Egresos Hospitalarios por Trastornos Mentales a Nivel Nacional y Provincia de Pichincha 2012 – 2015



Fuente: INEC- Anuario de Estadísticas Hospitalarios: Egresos y Camas 2013 – 2015

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

A continuación se presenta información respecto a egresos hospitalarios correspondiente a los dos establecimientos de salud que serán producto de análisis en el presente trabajo de investigación; en la Tabla No. 3 se puede evidenciar que el año 2014 se registró un total de egresos de 28.226, disminuyendo para el 2015 a 25.321 egresos.

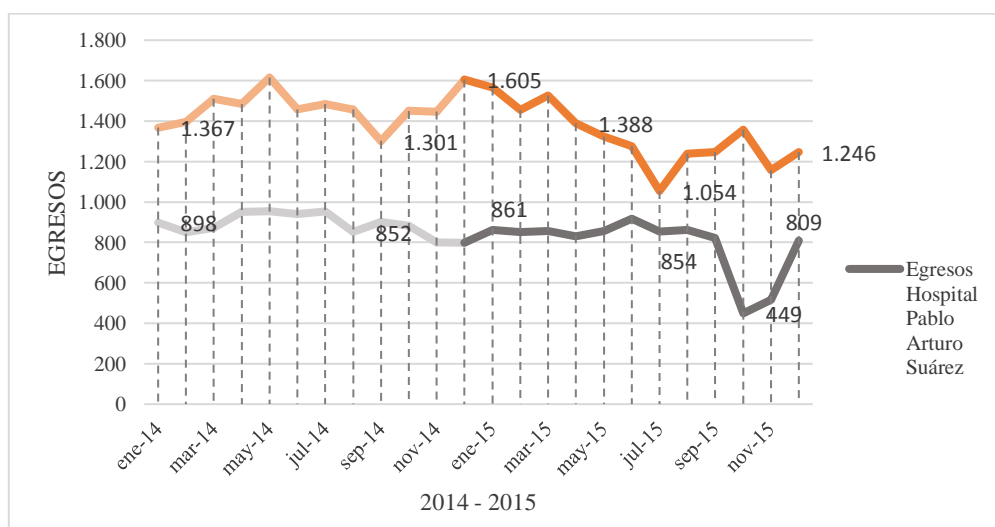
Tabla No. 3

Egresos hospitalarios Hospitales Generales Pablo Arturo Suárez y Enrique Garcés 2014 – 2015

Meses	Hospital Pablo Arturo Suárez		Hospital General Enrique Garcés	
	2014	2015	2014	2015
Enero	898	861	1.367	1.566
Febrero	850	852	1.396	1.455
Marzo	872	856	1.510	1.527
Abril	951	831	1.485	1.388
Mayo	954	857	1.615	1.324
Junio	940	916	1.458	1.275
Julio	953	854	1.484	1.054
Agosto	852	862	1.457	1.240
Septiembre	901	822	1.301	1.248
Octubre	882	449	1.451	1.357
Noviembre	800	516	1.446	1.156
Diciembre	798	809	1.605	1.246
Total Egresos	10.651	9.485	17.575	15.836

*Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información de Salud – MSP**Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.***Gráfico No. 2**

Egresos hospitalarios mensuales Hospitales: Pablo Arturo Suárez y Enrique Garcés 2014 – 2015

*Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información de Salud – MSP**Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.*

2.4.2. Modelo de Salud Mental para el Segundo Nivel de Atención

El Modelo de Salud Mental se basa en la descentralización, la participación social y la inserción del componente salud mental en la atención primaria de salud. Contempla lo político, técnico, económico y social, y determina el centro de sus acciones en potenciar los recursos y habilidades de las personas, para de esta forma poner mayor énfasis en la discapacidad. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

- **Emergencias / Urgencias en Salud Mental**

Recibiría a todos aquellos casos en los que el primer nivel de atención no pueda dar respuesta. En síntesis abordaría todos los casos con riesgo real de daño como por ejemplo: usuario con grado variable de intoxicación por sustancias psicoactivas o un paciente con crisis de ansiedad. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

- **Hospitalización**

Camas de observación e internación de corto plazo dentro de medicina interna o donde exista disponibilidad. Dado que se ubican en un Hospital General, sería rentable e idóneas para desintoxicación, gestos autolíticos (no intentos claros) que con una intervención breve podrían posterior continuar de forma ambulatoria, por otro lado un recurso de Emergencia con ingreso de hasta 48 horas, sería para los casos de tratamiento intensivo, mismo que puede dar dos resultados: la continuidad del tratamiento de forma ambulatoria o la decisión de ingreso en una unidad cerrada de psiquiatría. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

- **Salud Mental de Enlace**

Brinda atención a los usuarios hospitalizados por otras causas. Es la comunión de la salud mental con otras especialidades. In situ brindaría la parte complementaria al tratamiento de las enfermedades físicas. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

- **Atención Ambulatoria en el Hospital General**

Esta atención es de gran especialización y funciona mediante programas específicos. En este sentido, atiende a usuarios con trastorno mental grave que se encuentren inestables. Su principal objetivo sería el de evitar el ingreso y enlazar la continuidad del tratamiento con otros recursos de la red, como el primer nivel (Centros de Salud y Centro de Atención Psicosocial - CAPS). (Ministerio de Salud Pública, 2014)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Objetivo General

Comparar los diagnósticos de patologías psiquiátricas al ingreso y egreso en los servicios de emergencia y hospitalización de los Hospitales Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez en el período 2013 al 2015.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar la epidemiología de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en los hospitales objeto de estudio.
- Relacionar los diagnósticos al momento del ingreso y posterior egreso en los hospitales de estudio.

3.3. Hipótesis

Existen diferencias entre el diagnóstico de ingreso y diagnóstico de egreso, en las patologías psiquiátricas de los hospitales de estudio.

3.4. Operacionalización de las Variables

Tabla No. 4
Operacionalización de variables

Variables	Tipo de variable	Definición conceptual	Dimensión	Escala	Metodología/Técnicas	Indicador
Lugar de atención (Hospital)	Cualitativa	Establecimiento que da asistencia médica y estancia durante la recuperación o tratamiento, a pacientes.	Hospital Enrique Garcés Hospital Pablo Arturo Suarez	1: Hospital Enrique Garcés 2: Hospital Pablo Arturo Suárez	Fichas de recolección de datos, historia clínica (hoja 008).	Frecuencia, Porcentaje, Porcentaje Acumulado
Lugar de atención (Servicio)	Cualitativa	Determinar el servicio que da asistencia médica y estancia durante la recuperación o tratamiento, a pacientes.	Hospitalización, Emergencia	1: Hospitalización 2: Emergencia	Fichas de recolección de datos, historia clínica.	Frecuencia Absoluta Frecuencia Relativa
Edad	Cuantitativa	Cuantificación del número de años contados desde el nacimiento que cada paciente.	Años cumplidos en el momento del evento.	Años cumplidos	Fichas de recolección de datos, historia clínica (hoja 008).	Frecuencia, Porcentaje, Porcentaje Acumulado
Sexo	Cualitativa	Determinación del tipo de sexo masculino o femenino de cada paciente.	Sexo masculino o femenino	M: Masculino F: Femenino	Fichas de recolección de datos, historia clínica (hoja 008).	Frecuencia, Porcentaje, Porcentaje Acumulado
Estado Civil	Cualitativa			1: Soltero		



Continúa

Variables	Tipo de variable	Definición conceptual	Dimensión	Escala	Metodología/Técnicas	Indicador
		Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Soltero, casado, divorciado, viudo.	2: Casado 3: Divorciado 4: Viudo	Fichas de recolección de datos, historia clínica (hoja 008).	Frecuencia, Porcentaje, Porcentaje Acumulado
Ocupación	Cualitativa	Conocer de forma precisa los antecedentes ocupacionales del paciente	Empleado, desempleado, ama de casa, estudiante.	1: Empleado 2: Desempleado 3: Estudiante 4: Ama de casa	Fichas de recolección de datos, historia clínica (hoja 008).	Frecuencia, Porcentaje, Porcentaje Acumulado
Antecedentes patológicos personales	Cualitativo	Permite entender a la persona que evalúa, las circunstancias previas que pudieran alterar de manera sustancial al paciente.	Psiquiátricos, Clínico Quirúrgicos	1: Psiquiátricos 2: Clínico Quirúrgicos 3: No refiere	Fichas de recolección de datos, historia clínica.	Frecuencia, Porcentaje, Porcentaje Acumulado
Antecedentes patológicos familiares	Cualitativo	Conocer los antecedentes de todos aquellos que reciben más de una atención superficial. Cuando sea posible, debe incluirse a cuatro generaciones: abuelos, padres, tíos, hermanos e hijos.	Psiquiátricos, Clínico Quirúrgicos.	1: Psiquiátricos 2: Clínico Quirúrgicos 3: No refiere	Fichas de recolección de datos, historia clínica.	Frecuencia, Porcentaje, Porcentaje Acumulado
Hábitos	Cualitativo	Determinar el consumo pasado y actual de tabaco, café, alcohol, sedantes, sustancias ilícitas.	Psicoactivos, No psicoactivos, No refiere.	1: Psicoactivos	Fichas de recolección de datos, historia clínica.	

Continúa



Continúa

Variables	Tipo de variable	Definición conceptual	Dimensión	Escala	Metodología/Técnicas	Indicador
				2: No psicoactivos		Frecuencia, Porcentaje, Porcentaje Acumulado
				3: No refiere		
Hospitalizaciones previas	Cualitativa	Registrar si fue hospitalizado.	Verificar si alguna vez estuvo hospitalizado.	1: Si 2: No.	Fichas de recolección de datos, historia clínica.	Frecuencia, Porcentaje, Porcentaje Acumulado
Diagnóstico	Cualitativa	Determinación el diagnóstico de ingreso, egreso.	Grupo de patologías afines tomadas de los diagnósticos de ingreso y egreso.	1: Enfermedad Psiquiátrica 2: Intento Autolítico 3: Intoxicación 4: Otro	Fichas de recolección de datos, historia clínica y hoja 008.	Frecuencia, Porcentaje, Porcentaje Acumulado
Servicio en el que el paciente fue atendido	Cualitativa	Determinar el servicio al que el paciente es transferido al ser hospitalizado.	Nombre del servicio	Nombre	Historia clínica	Frecuencia Absoluta Frecuencia Relativa

Elaborado por: Domínguez Maritza; Pérez Daniela

3.4. Universo y Población de Estudio

El universo de la presente investigación comprende 945 pacientes que fueron atendidos y que cuentan con formulario 008 e historia clínica, en los servicios de emergencia y hospitalización, que sean mayores de 18 años, diagnosticados con trastornos psiquiátricos en los Hospitales Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez, en el periodo comprendido entre los años 2013 y 2015.

3.5. Criterios de Inclusión

- Pacientes que acudieron a los servicios de emergencia y hospitalización con trastornos psiquiátricos de los hospitales de estudio.
- Pacientes mayores de 18 años.

3.6. Criterios de Exclusión

- Pacientes que no acudan por patologías psiquiátricas.
- Pacientes menores de 18 años.

3.7. Tipo de Estudio

Esta investigación es de tipo transversal y exploratoria, ya que, evalúa características de una situación particular: y sus variables son parte de una realidad concreta en tiempo y espacio, en este caso el registro de datos en las historias clínicas, de aquellos pacientes ingresados con

trastornos psiquiátricos a los hospitales, Enrique Garcés, y Pablo Arturo Suárez, en el período 2013- 2015.

3.8. Aspectos Bioéticos

3.8.1. Confidencialidad

No se compartió, ni se puso al alcance de nadie la identidad de la población que participa en la investigación, así mismo, la información que se obtuvo, se mantendrá confidencial, a excepción del equipo de investigación.

- **Anonimización de datos** se utilizó un código en vez de nombres, apellidos, números de historias clínicas, con el fin de no revelar datos que puedan identificar a la población de estudio.
- **Uso exclusivo de información para esta investigación**, los datos obtenidos serán de uso solo para el desarrollo de esta investigación.

3.8.2. Propósitos del estudio

El propósito del presente estudio es, describir las características de la población en estudio, con respecto a variables socio demográficas como: edad, sexo, estado civil, ocupación, entre otros. De la misma manera, el estudio pretende comparar, los diagnósticos con los que ingresan los usuarios con patología psiquiátrica, con sus diagnósticos de egreso, y así, determinar si existen diferencias.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se encuentran todos los resultados obtenidos, de las atenciones realizadas a pacientes con trastornos psiquiátricos en los servicios de emergencia y hospitalización de los Hospitales en estudio.

La información de respaldo de atención en los servicios de Emergencia difieren entre cada hospital; los formularios 008 son archivados y no tienen una sistematización de sus datos; en éste sentido, a diferencia del Hospital Pablo Arturo Suárez, del Hospital Enrique Garcés, el sistema de archivo permitió la obtención de la mayoría de casos de estudio con un 80,42% del total de la población de estudio.

De los 945 pacientes, aquellos atendidos en el servicio de emergencia (674) no contaron con diagnósticos de egreso; en contraste al servicio de Hospitalización, donde se detallan entre 2 a 3 diagnósticos, tanto de ingreso como egreso.

Con este antecedente, los datos de las variables: hospital, servicio, año, sexo, grupo de edad y estado civil se recolectaron del total del grupo de estudio (945 entre hospitalización y emergencia), mientras que las variables: ocupación, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares, hábitos, hospitalización previa y concordancia se obtuvieron de aquellos atendidos en el servicio de Hospitalización.

En este sentido, la dificultad en la obtención de los datos, así como, el subregistro en los formularios 008, limitó el análisis del total de la población de estudio, en cuanto a, las variables antes indicadas.

4.1. Análisis Univariado

4.1.1. Características Generales de la Población de Estudio

Tabla No. 5

Características generales de la población de estudio, años 2013 – 2015

Detalle	Hospital Enrique Garcés		Hospital Pablo Arturo Suárez	
	N	%	N	%
Total pacientes	760	80,42%	185	19,58%
<i>Años</i>				
Año 2013	41	60,29%	27	39,71%
Año 2014	53	48,62%	56	51,38%
Año 2015	43	45,74%	51	54,26%
<i>Servicio</i>				
Emergencia	623	92,43%	51	7,57%
Hospitalización	137	50,55%	134	49,45%
<i>Sexo</i>				
Femenino	323	77,83%	92	22,17%
Masculino	437	82,45%	93	17,55%
<i>Grupo de edad</i>				
18 a <38	617	83,95%	118	16,05%
38 a <58	113	74,34%	39	25,66%
58 y más	30	51,72%	28	48,27%
<i>Estado Civil</i>				
Soltero	405	81,33%	93	18,67%
Casado	299	81,69%	67	18,31%
Divorciado	38	71,70%	15	28,30%
Viudo	18	64,29%	10	35,71%
<i>Ocupación</i>				
Empleado	60	46,88%	68	53,12%

Continúa



Detalle	Hospital Enrique Garcés		Hospital Pablo Arturo Suárez	
	N	%	N	%
Estudiante	36	64,19%	20	35,71%
Desempleado	20	44,44%	25	55,56%
Ama de casa	21	50,00%	21	50,00%
Antecedentes Patológicos Personales				
No refiere	70	65,42%	37	34,58%
Psiquiátricos	42	43,30%	55	56,70%
Clínico Quirúrgicos	25	37,31%	42	62,69%
Antecedentes Patológicos Familiares				
No refiere	101	64,59%	63	38,41%
Clínico Quirúrgicos	32	42,11%	44	57,89%
Psiquiátricos	4	12,90%	27	87,10%
Hábitos				
No refiere	73	55,73%	58	44,27%
No Psicoactivos	47	52,22%	43	47,78%
Psicoactivos	17	34,00%	33	66,00%
Hospitalización previa				
No	122	52,81%	109	47,19%
Si	16	39,02%	25	60,98%
Concordancia				
Concuerda	109	50,23%	108	49,77%
No concuerda	28	51,85%	26	48,15%

Fuente: Unidad de Estadística_ HPAS_HEG

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

Se estudiaron 945 pacientes entre los años 2013 a 2015; el 80,42% de éstos fueron pacientes del Hospital Enrique Garcés, de éste total, el 28,69% fueron atendidos en el servicio de Hospitalización, predominó el sexo masculino en un 56,08%. El 56,19% de pacientes fueron atendidos entre los meses de Enero a Mayo con un promedio mensual del 11,25%.

El grupo de edad de 18 a 38 años, fue el más frecuente con un 77,7%, y aquellos solteros fueron la mayoría con el 52,70%.

Del total de 271 pacientes atendidos en hospitalización el 47,23% fueron empleados, el 39,48% no refirió antecedentes patológicos personales y un 73,21% no refirió antecedentes patológicos familiares. El 48,34% no refiere hábitos nocivos ni han tenido hospitalizaciones previas en un 84,87%.

De los 137 pacientes atendidos en hospitalización del Hospital Enrique Garcés, los diagnósticos de ingreso y egreso concordaron en un 50,23%, mientras que en el Hospital Pablo Arturo Suarez en un 49,77%.

4.1.2. Principales diagnósticos de ingreso de la población de estudio

Tabla No. 6.

10 Principales diagnósticos de ingreso de la población de estudio, años 2013 – 2015

	Detalle	Ingresos	
		N	%
1	Intoxicación alcohólica	198	18,57%
2	Intento Autolítico	181	16,98%
3	Intoxicación por sustancia desconocida	160	15,01%
4	Intoxicación medicamentosa	116	10,88%
5	Intoxicación por órgano fosforado	99	9,29%
6	Síndrome de ansiedad	74	6,94%
7	Síndrome depresivo	43	4,03%
8	Síndrome de abstinencia	42	3,94%
9	Esquizofrenia	20	1,88%
10	Dolor abdominal	12	1,13%
11	Otros	121	0,84%
	Total	1066	100,00%

Fuente: Unidad de Estadística_ HPAS_HEG

Dentro del total de diagnósticos de ingreso, el de mayor prevalencia se encuentra la intoxicación alcohólica con un 18,57% seguido por el Intento Autolítico con un 16,98% y la

Intoxicación por Sustancia Desconocida con un 15,01%. Los diagnósticos de Síndrome de Abstinencia y Esquizofrenia se ubican en el octavo y noveno lugar respectivamente.

4.1.3. Principales diagnósticos de egreso de la población de estudio

Tabla No. 7

10 Principales diagnósticos de egreso de la población de estudio, años 2013 – 2015

Detalle	Egresos	
	N	%
1 Intento Autolítico	102	17,83%
2 Síndrome depresivo	71	12,41%
3 Intoxicación por órgano fosforado	59	10,31%
4 Síndrome de abstinencia	43	7,52%
5 Intoxicación medicamentosa	39	6,82%
6 Alcoholismo	22	3,85%
7 Esquizofrenia	17	2,97%
8 Neumonía	15	2,62%
9 Intoxicación alcohólica	13	2,27%
10 Trastorno del comportamiento	12	2,10%
11 Otros	179	31,30%
Total	572	100,00%

Fuente: Unidad de Estadística_HPAS_HEG

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

Dentro del total de diagnósticos de egreso, el de mayor prevalencia se encuentra el Intento Autolítico con un 17,83% seguido por el Síndrome Depresivo con un 12,41% y la Intoxicación por Órgano Fosforado con un 10,31%. Los diagnósticos de alcoholismo e intoxicación alcohólica se ubican en el sexto y noveno lugar respectivamente.

4.2. Análisis Bivariado

4.2.1. Relación entre Diagnósticos de Ingreso y Grupos de Edad, de la Población de Estudio

Tabla No. 8

Diagnósticos de ingreso por grupo de edad, de la población de estudio, años 2013-2015

Grupo de edad	Enfermedad Psiquiátrica		Intento Autolítico		Intoxicación		Otros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
18 - <38	48/186	25,8%	48/186	25,8%	79/186	42,4%	11/186	5,9%	186
38 - <58	22/54	40,7%	5/54	9,2%	17/54	31,4%	10/54	18,5%	54
58 - >	20/31	64,5%	0/31	0%	2/31	6,4%	9/31	29,03%	31
Total	90/271	33,2%	53/271	19,5%	98/271	36,1%	30/271	11%	271

Chi cuadrado: 52,2; p<0,05

Fuente: Unidad de Estadística_ HPAS_HEG.

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

Los grupos de edad en los que se halló mayor prevalencia de enfermedades fueron aquellos menores de 58 años.

El grupo de edad entre 18 a 38 años tuvo como diagnóstico de ingreso predominante a la intoxicación alcanzando un 42,4% y en el grupo mayor a 58 años la enfermedad psiquiátrica predominó en un 64,5%.

Se obtuvo un nivel de significancia menor a 0,05, concluyendo que las variables son dependientes entre sí.

4.2.2. Relación entre Diagnósticos de Egreso y Grupo de Edad de la Población de Estudio

Tabla No. 9

Diagnósticos de egreso por grupo de edad de la población de estudio, años 2013 – 2015

Grupo de edad	Enfermedad Psiquiátrica		Intento Autolítico		Intoxicación		Otros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
18 - <38	72/186	38,7%	42/186	22,5%	63/186	33,8%	9/186	4,8%	186
38 - <58	25/54	46,3%	2/54	3,7%	14/54	25,9%	13/54	24,0%	54
58 - >	19/31	61,2%	1/31	3,2%	2/31	6,4%	9/31	29,03%	31
Total	116/271	42,8%	45/271	16,6%	79/271	29,1%	31/271	11,4%	271

Chi cuadrado: 46,9; p<0,05

Fuente: Unidad de Estadística_ HPAS_HEG

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

El grupo de edad que se halló mayor prevalencia de enfermedades fueron aquellos, menores a los 58 años.

El grupo de edad de mayores a 58 años tuvo a la enfermedad psiquiátrica como el diagnóstico de ingreso predominante alcanzando un 61,2%; en el grupo de menores de 38 años el intento Autolítico y la Intoxicación alcanzaron un 33,8% y 22,5% respectivamente.

Siendo el nivel de significación menor a 0,05, concluimos que las variables guardan una relación de dependencia.

4.2.3. Relación entre Diagnóstico de Ingreso y Sexo de la Población de Estudio

Tabla No. 10

Diagnóstico de ingreso por sexo de la población de estudio, años 2013 – 2015

Sexo	Enfermedad Psiquiátrica		Intento Autolítico		Intoxicación		Otros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Femenino	34/141	24,1%	37/141	26,2%	55/141	39%	15/141	10,6%	141
Masculino	56/130	43%	16/130	12,3%	43/130	33%	15/130	11,5%	130
Total	90/271	33,2%	53/271	19,5%	98/271	36,1	30/271	11%	271

Chi cuadrado: 14,74; p<0,05

Fuente: Unidad de Estadística_ HPAS_HEG

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

En el sexo femenino predominó el Intento Autolítico y la Intoxicación con un 26,2% y un 39% respectivamente; en cambio en los hombres la enfermedad psiquiátrica fue mayor con un 43%.

La prueba de Chi cuadrado alcanzo los 14,74 con una $p < 0,05$, concluyendo que las variables guardan una relación de dependencia.

4.2.4. Relación entre Diagnóstico de Egreso y Sexo de la Población de Estudio

Tabla No. 11

Diagnóstico de egreso por sexo de la población de estudio, años 2013 - 2015

Sexo	Enfermedad Psiquiátrica		Intento Autolítico		Intoxicación		Otros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Femenino	52/141	36,8%	34/141	24,1%	43/141	30,5%	12/141	8,5%	141
Masculino	64/130	49,2%	11/130	8,4%	36/130	27,6%	19/130	14,6%	130
Total	116/271	42,8%	45/271	16,6%	79/271	29,1%	31/271	11,4%	271

Chi cuadrado: 14,74; p<0,05

Fuente: Unidad de Estadística_ HPAS_HEG,

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

En el sexo femenino predominó el Intento Autolítico y la Intoxicación con un 24,1% y un 30,5% respectivamente; en cambio en los hombres la enfermedad psiquiátrica fue mayor con un 49,2%.

Se calculó el nivel de significancia entre las variables, siendo éste menor a 0,05, indicándonos que guardan una relación de dependencia.

4.2.5. Relación entre Diagnóstico de Ingreso y Estado Civil de la Población de Estudio

Tabla No. 12

Diagnóstico de ingreso según estado civil de la población de estudio, años 2013 – 2015

Estado Civil	Enfermedad Psiquiátrica		Intento Autolítico		Intoxicación		Otros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Casado	31/88	35,2%	14/88	15,9%	31/88	35,2%	12/88	13,6%	88
Divorciado	8/26	30,7%	6/26	23%	9/26	34,6%	3/26	11,5%	26
Soltero	46/149	30,8%	33/149	22,1%	57/149	38,2%	13/149	8,7%	149
Viudo	5/8	62,5%	0/8	0%	1/8	12,5%	2/8	25%	8
Total	90/271	33,2%	53/271	19,5%	98/271	36,1%	30/271	11%	271

Chi cuadrado: 9,43; p =0,39; p>0,05

Fuente: Unidad de Estadística_ HPAS_HEG

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

La población en estado civil viudo presentó en un 62,5% Enfermedad Psiquiátrica, los solteros presentaron intoxicación en un 38,2%; y un 35,2% de sujetos casados presentaron tanto Enfermedad Psiquiátrica como Intoxicación. Sin embargo, al hallar una p mayor a 0,05, las variables resultaron ser independientes.

4.2.6. Relación entre Diagnóstico de Egreso y Estado Civil de la Población de Estudio

Tabla No. 13

Diagnóstico de egreso según estado civil de la población de estudio, años 2013 – 2015

Estado Civil	Enfermedad Psiquiátrica		Intento Autolítico		Intoxicación		Otros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Casado	38/88	43,1%	11/88	12,5%	27/88	30,6%	12/88	13,6%	88
Divorciado	13/26	50%	5/26	19,2%	6/26	23%	2/26	7,6%	26
Soltero	60/149	40,2%	29/149	19,4%	45/149	30,2%	15/149	10%	149
Viudo	5/8	62,5%	0/8	0%	1/8	12,5%	2/8	25%	8
Total	116/271	42,8%	45/271	16,6%	79/271	29,1%	31/271	11,4%	271

Chi cuadrado: 7,76; p =0,55; p>0,05

Fuente: Unidad de Estadística_ HPAS_HEG

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

La población en estado civil viudo presentó un 62,5%, la casada un 43,1%, la divorciada un 50% y la soltera un 40,2% de Enfermedad Psiquiátrica, así mismo, un 30,6% de casados y un 30,2% de solteros presentaron Intoxicación respectivamente. Sin embargo, al hallar una p mayor a 0,05, las variables resultaron ser independientes.

4.2.7. Relación entre Diagnóstico de Ingreso y Hábitos de la Población de Estudio

Tabla No. 14

Diagnóstico de ingreso según hábitos de la población de estudio, años 2013 – 2015

Hábitos	Enfermedad Psiquiátrica		Intento Autolítico		Intoxicación		Otros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
No Psicoactivos	33/90	36,6%	14/90	15,5%	35/90	38,8%	8/90	8,8%	90
No refiere	34/131	25,9%	33/131	25,1%	46/131	35,1%	18/131	13,7%	131
Psicoactivos	23/50	46%	6/50	12%	17/50	34%	4/50	8%	50
Total	90/271	33,2%	53/271	19,5%	98/271	36,1%	30/271	11%	271

Chi cuadrado: 11,13; p =0,08; p>0,05

Fuente: Unidad de Estadística_ HPAS_HEG

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

De los pacientes con hábitos de consumo de psicoactivos el 46% tuvieron una Enfermedad Psiquiátrica, aquellos con consumo de sustancias no psicoactivas tuvieron diagnóstico de intoxicación en un 38,8%.

Las variables no guardaron una relación de dependencia con una p menor a 0,05.

4.2.8. Relación entre Diagnóstico de Egreso y Hábitos de la Población de Estudio

Tabla No. 15

Diagnóstico de egreso según hábitos de la población de estudio, años 2013 – 2015

Hábitos	Enfermedad Psiquiátrica		Intento Autolítico		Intoxicación		Otros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
No Psicoactivos	36/90	40%	15/90	16,6%	29/90	32,2%	10/90	11,1%	90
No refiere	52/131	39,6%	25/131	19%	38/131	29%	16/131	12,2%	131
Psicoactivos	28/50	56%	5/50	10%	12/50	24%	5/50	10%	50
Total	116/271	42,8%	45/271	16,6%	79/271	29,1%	31/271	11,4%	271

Chi cuadrado: 5,20; p =0,51; p>0,05

Fuente: Unidad de Estadística_ HPAS_HEG

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

De los pacientes con hábitos de consumo de psicoactivos el 56% tuvieron una Enfermedad Psiquiátrica, aquellos con consumo de sustancias no psicoactivas tuvieron diagnóstico de intoxicación en un 32,2%.

El nivel de significación hallado fue mayor a 0,05, concluyendo que las variables son independientes entre sí.

4.2.9. Relación entre Diagnóstico de Ingreso y Ocupación de la Población de Estudio

Tabla No. 16

Diagnóstico de ingreso según ocupación de la población de estudio, años 2013 – 2015

Ocupación	Enfermedad Psiquiátrica		Intento Autolítico		Intoxicación		Otros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ama de casa	14/42	33,3%	7/42	16,6%	13/42	30,9%	8/42	19%	42
Desempleado	23/45	51,1%	9/45	20%	8/45	17,7%	5/45	11,1%	45
Empleado	45/128	35,1%	18/128	14%	52/128	40,6%	13/128	10,1%	128
Estudiante	8/56	14,2%	19/56	33,9%	25/56	44,6%	4/56	7,1%	56
Total	90/271	33,2%	53/271	19,5%	98/271	36,1%	30/271	11%	271

Chi cuadrado: 28,23; p<0,05

Fuente: Unidad de Estadística_ HPAS_HEG

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

Desempleados y amas de casa tuvieron un 51,1% y 35,1% de Enfermedad Psiquiátrica respectivamente. Los estudiantes tuvieron un 33,9% de intento Autolítico, así como un 44,6% de Intoxicación.

El cálculo de Chi cuadrado dio como resultado 28,23 con una p menor a 0,05s siendo ambas variables dependientes entre sí.

4.2.10. Relación entre Diagnóstico de Egreso y Ocupación de la Población de Estudio

Tabla No. 17

Diagnóstico de egreso según ocupación de la población de estudio, años 2013 – 2015

Ocupación	Enfermedad Psiquiátrica		Intento Autolítico		Intoxicación		Otros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ama de casa	20/42	47,6%	5/42	11,9%	11/42	26,1%	6/42	14,2%	42
Desempleado	33/45	73,3%	5/45	11,1%	5/45	11,1%	2/45	4,4%	45
Empleado	47/128	36,7%	20/128	15,6%	42/128	32,8%	19/128	14,8%	128
Estudiante	16/56	28,5%	15/56	26,7%	21/56	37,5%	4/56	7,1%	56
Total	116/271	42,8%	45/271	16,6%	79/271	29,1%	31/271	11,4%	271

Chi cuadrado: 30,23; p<0,05

Fuente: Unidad de Estadística_ HPAS_HEG

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

Desempleados y amas de casa tuvieron un 73,3% y 47,6% de Enfermedad Psiquiátrica respectivamente. Los estudiantes tuvieron un 37,5% de intento Autolítico, así como un 26,7% de Intoxicación. El nivel de significación hallado fue mayor a 0,05, concluyendo que las variables son independientes entre sí.

4.3. Análisis de Concordancia

A continuación se presenta la concordancia entre los diagnósticos de ingreso y egreso de los pacientes hospitalizados de los Hospitales Pablo Arturo Suárez y Enrique Garcés.

4.3.1. Relación de Concordancia entre Diagnósticos de Ingreso y Egreso de Pacientes Hospitalizados

Tabla No. 18

Concordancia entre diagnósticos de ingreso y egreso de pacientes hospitalizados, años 2013 a 2015

Diagnóstico Ingreso / Diagnóstico Egreso	Enfermedad Psiquiátrica		Intento Autolítico		Intoxicación		Otros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Enfermedad psiquiátrica	76/90	84,4%	0/90	0%	4/90	4%	10/90	11,1%	90
Intento Autolítico	12/53	22,6%	30/53	56,6%	9/53	16,9%	2/53	3,7%	53
Intoxicación	15/98	15,3%	15/98	15,3%	65/98	66,3%	3/98	3%	98
Otros	13/30	43,3%	0/30	0%	1/30	3,3%	16/30	53,3%	30
Total	116/271	42,8%	45/271	16,6%	79/271	29,1%	31/271	11,4%	271

Chi cuadrado: 259,52; p<0,05

Fuente: Unidad de Estadística_HPAS_HEG

Elaborado por: Domínguez Maritza, Pérez Daniela.

Se compararon los diagnósticos de ingreso con los diagnósticos de egreso de 271 pacientes atendidos en el servicio de hospitalización, calificando como concordante cuando éstos

diagnósticos eran iguales, mientras que se calificó como no concordante cuando estos eran diferentes; hallando que los de mayor concordancia en orden descendente fueron la Enfermedad Psiquiátrica con un 84,4%, la Intoxicación con un 66,3% y el Intento Autolítico con un 56,6%.

El nivel de significación es menor a 0,05, concluyendo que las variables son dependientes entre sí, o que guardan una relación de dependencia.

4.4. Discusión

A partir de los hallazgos encontrados aceptamos la hipótesis alternativa que establece que existen diferencias entre el diagnóstico de ingreso y diagnóstico de egreso, en las patologías psiquiátricas de los hospitales de estudio.

Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Erazo (2010), quien señala sobre los trastornos mentales que la mayoría de ellos no se diagnostica de manera oportuna, por lo que su tratamiento se posterga mucho tiempo, a menudo por años. El reconocimiento precoz de estas condiciones y un adecuado manejo desde sus primeras manifestaciones, podrían determinar un cambio esencial en el curso, en el pronóstico y en la prevención o reducción de las consecuencias sociales de las enfermedades mentales. Ello es acorde con lo que en éste estudio se halla.

En lo que respecta a la relación entre las enfermedades mentales y las variables sociodemográficas edad, sexo, y ocupación, en este estudio tienen una relación

estadísticamente significativa; sin embargo, las variables estado civil y hábitos no tuvieron una relación estadísticamente significativa.

Estos resultados guardan relación con lo que establece el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014), que señala: “...se podría considerar que varias de las características socio-demográficas, epidemiológicas, económicas y culturales de la población ecuatoriana, como fuentes generadoras de inequidad e injusticia social, pudieran derivar en algún trastorno de salud mental sobre todo en las poblaciones más vulnerables como son los niños y adolescentes; mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad...”

Lo mencionado también se fundamenta en lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, en donde determina que la salud mental se encuentra influenciada por diferentes factores macrosociales y macroeconómicos distintos al sector tradicional de salud, en donde políticas gubernamentales, ya sea económicas o sociales tienen un alto impacto en la salud mental de la población. Así mismo, debido al crecimiento de la población, las personas están más expuestas a conflictos armados, tensiones sociales y desastres, provocando desplazamientos, pérdida de hogares, pobreza e incremento de violencia donde las personas pueden ser más proclives que otras a padecer cualquier tipo de trastorno mental. (OMS, El Contexto de la Salud Mental, 2003)

En lo que respecta a la relación entre las enfermedades mentales y la variable sociodemográfica edad, en este estudio se encuentra relación estadísticamente significativa, lo que concuerda con el estudio de (Gómez Restrepo, y otros, 2004) que indica: Los grupos de edad con mayor proporción de personas deprimidas en los 12 meses previos a la encuesta fueron el de 46 a 60 años (11,1%) y el de 61 años o más (10,9%), y con el estudio de (Gavilanez, 2016) que expone: “...otro elemento a tener en cuenta alrededor de la conducta suicida y el

suicidio, es la edad. En la muestra estudiada, llamó poderosamente la atención que, acumulativamente, el 84,62% de los pacientes se encontraban por debajo de los 30 años de edad, con una media de 24,3 años y una desviación estándar de $\pm 10,1$ años, lo que permite afirmar que se trataba de una población joven...”

Según (Taizha , 2016), uno de cada cuatro suicidios que se producen en el mundo lo protagonizan menores de 25 años. La prevalencia de suicidios se va incrementando con la edad, lo cual señala la importancia de la crisis de mediana edad. Entre los hombres, el pico más alto de suicidios ocurre después de los 45 años; en las mujeres, el mayor número de suicidios consumados tiene lugar después de los 55. Los suicidios de los ancianos constituyen el 25% del total, aunque ellos sólo componen el 10% de la población, la tasa de suicidios en los mayores de 75 años supera más de 3 veces la de los jóvenes (intentan más, pero consuman menos).

Así mismo la relación entre las enfermedades mentales y la variable sociodemográfica sexo en el presente estudio fue significativa, en concordancia al estudio de (Kohn, y otros, 2005) que señala: Las psicosis no afectivas y la esquizofrenia se observaron en 1,4% (media) a 1,6% (mediana) de la población en algún momento de la vida. Las prevalencias correspondientes al último año fueron de 1,0% (media) y 7,0% (mediana). No se hallaron diferencias importantes en función del sexo. La depresión mayor mostró una prevalencia media de 8,7%, 4,9% y 4,3% en algún momento de la vida, en el año precedente y en el momento actual (mes precedente), respectivamente. Las tasas medianas observadas en estos períodos de prevalencia fueron de 9,2%, 5,4% y 3,7%, respectivamente. La frecuencia de la enfermedad fue casi el doble en mujeres. La prevalencia de distimia fue la mitad de la observada en el caso de la depresión mayor. En el caso del trastorno bipolar, la prevalencia de vida tuvo una media de 1,4% y la prevalencia en el año precedente tuvo una media de 0,8%. No se detectaron diferencias en función del sexo en la prevalencia media o mediana de trastorno bipolar, aunque hubo grandes

diferencias entre un estudio y otro. Los trastornos de ansiedad generalizada mostraron una alta prevalencia en la población y fueron más frecuentes en mujeres que en varones.

Así también (Álvarez & Crespo, 1996) indica que: la probabilidad de padecer un trastorno psicopatológico según los resultados de nuestro estudio va asociada al hecho de pertenecer al sexo femenino, ser de mayor edad, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, tener un alto nivel de estrés psicosocial, padecer una enfermedad subaguda, haber llevado o llevar en la actualidad algún tipo de tratamiento psiquiátrico o consultar un mayor número de veces con su médico de cabecera.

También, (Gavilanez, 2016) en su estudio indica: “...*Durante el período de estudio, fueron atendidos un total de 52 pacientes con tentativa autolítica mediante la ingestión de agentes inhibidores de la colinesterasa, de los cuales 29 (55,77%) correspondían al sexo femenino...*”

La frase “los hombres se suicidan y las mujeres lo intentan”, basada en el hecho de que en varias regiones del mundo el número de hombres que consuman el suicidio supera considerablemente al de las mujeres, no se aleja de la realidad ecuatoriana. Según (Guevara, Troya, Gaus, Herrera, & Obregón, 2016), al comparar las estadísticas de suicidios en Ecuador del año 2012 con respecto al año 2000, en la división por sexos, la tasa de suicidios femeninos disminuyó un 8%, mientras subieron un 9 % los suicidios masculinos.

También, (Sarmiento & Caballero, 2008), señala que las mujeres intentan quitarse la vida tres veces más que los hombres porque viven con una presión tres veces superior. Esto lo menciona también, (Tejedor, 2010) señalan que la gran desproporción entre hombres y mujeres suicidas se debe a factores genéticos y biológicos, dando un papel importante a la testosterona, que hace a los hombres

más impulsivos y más resolutivos, escogiendo métodos mucho más mortíferos y eficaces de suicidio.

En lo que referente a la relación entre las enfermedades mentales y la variable sociodemográfica estado civil, en este estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa, concordante con lo establecido en el estudio de (Díaz Nolzco, Corimanya, Soto Cáceres, & Díaz Vélez, 2015), donde menciona que no se muestra que existe asociación entre la presencia de psicopatología y el estado civil.

Contrariamente a lo hallado en el presente estudio (Álvarez & Crespo, 1996), indica que el estado civil y la puntuación media en el GHQ tenían una asociación significativa, siendo menor la puntuación en el test para los solteros y mayor para los viudos. Estos últimos presentaban un O. R. de 12,7 frente a los solteros.

Según (Taizha , 2016) respecto al estado civil, en la serie predominaron los individuos solteros, con 55,77%.

(Hernández & Villareal, 2015) indica que el matrimonio, la familia y los hijos, son factores que pueden reducir significativamente el riesgo de suicidio. Las personas solteras tienen mayor tendencia a este acto que quienes poseen otro estado civil.

Una característica bastante frecuente de las personas que se suicidan es que son solitarias, aisladas o pertenecen a una familia con historial suicida. Quienes cometen los llamados suicidios de aniversario se quitan la vida el mismo día en que lo hizo un miembro de su familia.

Cuando se comparan los que intentan el suicidio con elevada intencionalidad suicida con los de baja intencionalidad, los primeros suelen ser varones, ancianos, solteros o separados y viven solos. (Hernández & Villareal, 2015)

Con respecto a la relación entre las enfermedades mentales y la variable consumo de sustancias psicoactivas, en este estudio no se halló relación estadísticamente significativa, hallazgo que no concuerda con el estudio de (Medina Mora, Real, Villatoro, & Natera, 2013) que nos indica que la enfermedad mental tiene una edad de inicio temprana, las encuestas de epidemiología psiquiátrica realizadas en México muestran que 50% de los trastornos mentales se inicia antes de los 21 años. El inicio temprano se ha asociado con un mayor riesgo de dependencia a drogas cuando los adolescentes se encuentran con ellas, de manera que cuando anteceden problemas de ansiedad o depresión, el riesgo de consumir drogas y desarrollar dependencia a ellas se incrementa entre 3 y 10 veces.

Los resultados están acordes a lo indicado por (Rubio Arribas, 2006) en lo correspondiente a consumo de drogas y enfermedad mental; en donde se hace referencia a este factor como uno más y potencial desencadenante del origen de algún tipo de enfermedad mental, dado que por el momento, ninguna de las causas posibles se ha demostrado como definitiva y los estudios e investigaciones científicas continúan su marcha.

Según (León Rodas & Piedra Vásquez, 2017) indica que en 133 pacientes con diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias, se ha encontrado que existe una prevalencia del Trastorno de Angustia (TA) y de Agorafobia con el 24% y 23% respectivamente.

Ante estos datos es relevante mencionar que en la Universidad de Oviedo, España; se realizó un estudio en 149 internos en una penitenciaría en el que (Casares López, y otros, 2011) empleando la entrevista MINI, encontraron que el 9.5% de los participantes padecían de un TA y el 20.7% de Agorafobia, lo cual es corroborado por la presente investigación, ya que los resultados muestran una semejanza estadísticamente significativa.

Por otra parte, en una investigación desarrollada en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, México; (Acuña, Hernández, Guzmán , Hernández, & Contreras, 2016), llevaron a cabo un estudio en 400 personas de una zona rural, sirviéndose de la herramienta MINI para determinar la relación del consumo de alcohol y otros trastornos psiquiátricos. En el mismo encontraron que dentro de la población masculina, el 51.5% cumplieron con los criterios para la Agorafobia siendo el segundo Trastorno de Ansiedad más prevalente.

También es importante mencionar que en un Instituto de Psiquiatría en México se emprendió una investigación con 346 participantes provenientes de centros residenciales de adicciones, en el que (Marín Navarrete, y otros, 2013) utilizaron la herramienta diagnóstica compuesta (CIDI) para determinar la comorbilidad de trastornos. En el mismo encontraron que el 3.47% de la población estudiada padecía de un Trastorno de Angustia, mientras que el 1.73% de Agorafobia.

Respecto a la relación entre los diagnósticos de ingreso y egreso con la ocupación de los sujetos de estudio se encontró una relación estadísticamente significativa en concordancia a lo que indica (Álvarez & Crespo, 1996) quien explica que: *“La asociación entre la profesión del individuo y el resultado del GHQ es muy significativa, obteniendo las puntuaciones más bajas el grupo de estudiantes y las más elevadas aquellos sin profesión, resultados similares a los*

que la gran mayoría de estudios revisados que destacan como grupos de máxima incidencia de trastornos psíquicos a las amas de casa (Vázquez Barquero y cols. En 1981, Villares y cols. En 1991, López Torres y cols. En 1992), los ejecutivos y empresarios (Limón Mora y cols. en 1990), los jubilados (Lou Arnal y cols. en 1990) y los desempleados (Lahelma y cols. en 1992)''.

Un estudio realizado por (Cañón, Castaño, Medina J, Mosquera, & Varón, 2014) señala que el trabajo, en general, protege contra el suicidio, pero que cuanto más alta es la extracción social de la persona, mayor es el riesgo de suicidio, describiéndose algunas profesiones con un riesgo de suicidio por encima del resto de la población, como son: científicos, farmacéuticos, granjeros, electricistas, agentes de bienes raíces, policías, abogados, trabajadores financieros, dentistas y doctores. Sin embargo, el haber descendido en la escala social también aumenta el riesgo de suicidio, reportándose una alta incidencia en desempleados y personas de bajos ingresos, como se observó en el presente estudio.

Por otra parte, el predominio de tentativas autolíticas en estudiantes observado en la muestra, coincidió con los reportes de (Chaca Cordero & Idrovo Landy, 2015) donde se asocia la conducta suicida en estudiantes a un grupo de situaciones complejas como son el bajo rendimiento académico, el rechazo y el bullying por parte los compañeros, los cambios de escuelas, las migraciones, el rechazo amoroso, el acoso sexual, entre otros.

Según Rocano (2008), con respecto a la concordancia y auditoria de las historias clínicas del servicio de Emergencia señala: Las mayores inconformidades encontradas en las historias clínicas fueron que sólo en el 30% se enfatizó el motivo de consulta; que sólo el 15% de las Historias Clínicas contó con una apreciación del caso clínico; y, el registro incompleto

de funciones vitales. El inadecuado llenado de las historias clínicas podría tener relación negativa con la calidad de atención del paciente.

Así mismo, Mirete (2005) indica: de los 528 pacientes recogidos se observó una concordancia de nivel A en el 64% de los casos, de nivel B en el 16,3% y de nivel C en el 19,7%. El motivo más frecuente de discrepancia diagnóstica fue una inadecuada valoración clínica en el área de urgencias. La única variable de las estudiadas que se asoció de manera significativa con el error diagnóstico fue la edad avanzada.

Con los argumentos expuestos, la asociación de varios de estos factores aumenta la probabilidad padecer una enfermedad mental, permitiéndonos configurar perfiles de riesgo caracterizados.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se compararon los diagnósticos de patologías psiquiátricas al ingreso y egreso de pacientes atendidos en los servicios de hospitalización de los Hospitales Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez en el período 2013 a 2015, hallando que las enfermedades psiquiátricas fueron las de mayor concordancia con un 84,4%, siendo ésta relación de concordancia entre los diagnósticos de ingreso y egreso, estadísticamente significativa con una p menor a 0,05.

Así mismo, se identificó la epidemiología de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en los hospitales de estudio, la mayor parte de pacientes cumplieron con las siguientes características: masculinos, de entre 18 y 38 años, solteros, empleados, sin antecedentes patológicos personales, familiares ni hábitos de consumo; sin embargo, solo la relación entre trastornos psiquiátricos y las variables: sexo, edad y ocupación, tuvieron una significancia estadística ($p < 0,05$), mientras que las variables: estado civil, antecedentes patológicos personales, familiares y hábitos no tuvieron una significancia estadística que pueda establecer una relación con los trastornos psiquiátricos.

RECOMENDACIONES

El registro, por parte del personal de salud, de los diagnósticos de ingreso y egreso en los formularios de la Historia Clínica, tanto en la 008, así como en la epicrisis, no fueron redactados en términos del CIE-10, dificultando su homologación y recopilación.

Por otro lado, los esfuerzos para prevenir y tratar las patologías psiquiátricas, deberían concentrarse en el perfil de los pacientes caracterizados en el presente estudio, es decir: hombres, solteros, menores de 38 años, empleados, independientemente si tuvieron o no antecedentes patológicos personales o familiares, así como consumo de sustancias psicoactivas; ampliando el rango de población objetivo para implementar programas o proyectos de intervención.

El déficit en la organización para el manejo interdisciplinario y coordinado de patologías psiquiátricas en las unidades hospitalarias entre los diferentes servicios, provoca una atención desarticulada y aislada del paciente; problemática que puede ser aplacada con reuniones periódicas interservicios para establecer criterios de traspaso y/o entrega de pacientes entre ellos.

Así mismo, es importante establecer las principales patologías psiquiátricas codificadas con el CIE-10 para el registro adecuado del personal de salud.

La mayor parte de diagnósticos de ingreso de la población de estudio se agrupo dentro del grupo CIE-10 llamado: Envenenamiento y otras consecuencias de causas externas (S00-T88), siendo la intoxicación por diferentes sustancias la de mayor prevalencia; en contraste a los diagnósticos de egreso que en su mayoría fueron Trastornos mentales y del comportamiento

(F01-F99), siendo el intento Autolítico el más prevalente, considerando que en la Emergencia por concepto se da más atención a las patologías agudas que a las crónicas y en hospitalización lo contrario.

Dentro de las acciones a reducir el aumento creciente de la carga de los trastornos mentales y evitar los años de vida con discapacidad o la muerte prematura, debe darse prioridad a la prevención y promoción en salud mental como una estrategia integral que permita “prevenir antes que curar”.

Finalmente, tomando en cuenta todos los resultados reflejados a través del presente estudio es necesario mencionar la importancia que radica contar con un perfil de paciente que sufre este tipo de trastornos mentales, que la información proporcionada será de gran utilidad para poder determinar estrategias que permita una atención oportuna y de calidad a quienes sufren cualquier tipo de enfermedades mentales; esto sumado a que de acuerdo lo mencionado por (OMS, El Contexto de la Salud Mental, 2003) se estima que: “...Se estima que la carga debida a los trastornos mentales se incrementará en las próximas décadas. En el 2020 es posible que los trastornos mentales conformen el 15% de los años de vida perdidos y ajustados por discapacidad. Se espera que la depresión se convierta en la segunda causa más importante de discapacidad en el mundo. (Murray & López, 1996). Los países en vías de desarrollo con un sistema de salud mental poco desarrollado probablemente verán incrementada de forma sustancial la carga atribuida a los trastornos mentales. Las impresionantes reducciones en la tasa de mortalidad infantil y enfermedades infecciosas, especialmente en los países en vías de desarrollo, dará como resultado un mayor número de personas que alcanzarán la edad de vulnerabilidad a los trastornos mentales. Se espera que la esperanza de vida de personas con trastornos mentales pueda incrementarse, y que se mejore también la esperanza de vida de un número creciente de personas mayores que sufren depresión y demencia...” por lo que resulta

imperante determinar acciones inmediatas en cada una de las unidades operativas de salud, que permitan ir resolviendo todos los problemas por los que atraviesa un paciente que puede ingresar como parte de su diagnóstico con algún trastorno mental.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Acuña, V., Hernández, C., Guzmán, M., Hernández, L., & Contreras, E. (2016). *Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural*. Obtenido de Investigación y Ciencia: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67446178010>
- Álvarez, A., & Crespo, M. (1996). Morbilidad Psiquiátrica en Atención Primaria. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 6-11.
- Arango, C. A., & Rojas, J. C. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., . . . Barbín, F. (2013). *Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente*. Obtenido de Adicciones: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/59/58>.
- Cañón, B., Castaño, C., Medina J, Mosquera, E., & Varón, C. (Noviembre de 2014). *Caracterización del Intento Suicida en Pacientes que ingresaron al Instituto del Sistema Nervioso en la Ciudad de Pereira, Risaralda, Colombia 2013 - 2014*. Obtenido de RIDUM: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/2166/Intento%20de%20Suicidio%20Instituto%20Sistema%20Nervioso.pdf?sequence=1>
- Casares López, M., González Menéndez, A., Bobes Bascarán, M., Secades, R., Martínez Cordero, A., & Bobes, J. (2011). *Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario*. Obtenido de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/165>.
- Chaca Cordero, J. T., & Idrovo Landy, R. C. (2015). *Riesgo de Suicidio y Factores Asociados en Estudiantes de Bachillerato del Colegio Benigno Malo Cuenca 2015*. Obtenido de

- Díaz Nolazco, M. A., Corimanya, B. N., Soto Cáceres, V., & Díaz Vélez, C. (2015). Psicopatología de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Lambayeque.
- Díaz, G., & Enríquez, Y. (2017). La necesidad de renovar el sistema de atención de salud mental desde un enfoque integral. *CASUS*, 7-10.
- Erazo, R. (2010). Hacia un modelo de diagnóstico precoz en las enfermedades mentales. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 684-695.
- Gavilanez, J. V. (2016). Tentativa Autolítica de Pesticidas Inhibidores de la Colinesterasa atendidos en la Emergencia del Hospital Regional Docente de Ambato durante el 2015. Ambato, Ecuador.
- Gómez Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto , D., Gil Laverde, J., Rondón Sepúlveda, M., & Díaz Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana.
- Guevara, A., Troya, C., Gaus, D., Herrera, D., & Obregón, M. (2016). *Manejo de Intoxicación por inhibidores de la colinesterasa: Una experiencia en un hospital rural en Ecuador*.
- Hernández, S., & Villareal, C. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MediSan*, 1051 - 1058.
- IESM - OMS. (2009). *Informe sobre la evaluación de los sistemas de salud mental en los países de Centroamérica y República Dominicana usando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC. (2014). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Egresos y camas 2014*. Quito.

- Jurado, D., Alarcón, R., Martínez Ortega, J., Mendieta, Y., Gutiérrez Rojas, L., & Gurpegui, M. (2016). Factors associated with psychological distress or common mental disorders in migrant populations across the world. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 46-54.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Benjamín, V., Andrade, L., Caraveo, J., . . . Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*, 229-238.
- León Rodas, L., & Piedra Vásquez, P. (2017). Prevalencia de tipos de trastornos de ansiedad en pacientes con trastornos por consumo de sustancias. Cuenca, Azuay, Ecuador.
- Marín Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Hernández, A., Alvarado, R., Ayala Ledesma, M., & Medina Mora, M. (2013). *Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda- Mutua para la Atención de las Adicciones*. Obtenido de Salud Mental: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229682004>.
- Medina Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J., & Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*, 67-72.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Modelo de Atención de Salud Mental*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015 - 2017*. Quito - Ecuador.
- Mirete, C., López, L., Blázquez, J., Rodríguez, P., De Teresa, L., Serrano, M. (2005). El error de diagnóstico en el área de ingreso de un hospital de mediana-larga estancia. *Revista Esp Geriatr Gerontol*. 195-196.
- OMS. (2003). *El Contexto de la Salud Mental*. Ginebra - Suiza: Editores Médicos S.A. - EDIMSA.

- OMS. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Suiza.
- OMS. (2008). Informe de Salud Mental en el Ecuador.
- OMS. (2013). Proyecto de Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2020.
- OMS. (2015). *Incrementarán notablemente los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* . Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=576:incrementaran-notablemente-trastornos-mentales-america-latina-caribe&Itemid=481
- OMS. (Abril de 2017). *Trastornos Mentales*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2016). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Riba, M., & Ravindranat, D. (2010). *Clinical Manual of Emergency Psychiatry*. Washington.
- Rocano, E. (2008). Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de Emergencia de un Hospital General. *Revista Soc Perú Med Interna*, 51.
- Rodríguez, J., Kohn, R., & Aguilar, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington.
- Rubio Arribas, J. (2006). El consumo de drogas como un desencadenante más en el origen de la enfermedad mental. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*.
- Sarmiento, S., & Caballero, D. (2008). Pesticidas como método suicida: un reporte de caso con Chlorfenapyr. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, 37.

Taizha , F. M. (2016). Prevalencia de Intentos de Autolisis en los Adolescentes atendidos en el Hospitla Básico de Yantzaza, Año 2014. Loja, Zamora, Ecuador.

Tejedor, C. (2010). Los hombres se suicidan, las mujeres lo intentan. *El País*.

Vigod, S., Kurdyak, P., Fung, K., Gruneir, A., Hermann, N., Hussain, N., . . . Seitz, D. (2016). Psychiatric Hospitalizations: A Comparison by Gender, Sociodemographics, Clinical Profile, and Postdischarge Outcomes. 1-4.

ANEXOS

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

1. Fecha

2. Lugar de atención

- Enrique Garcés

- Pablo Arturo Suárez

3. Edad

4. Sexo: -Masculino

-Femenino

5. Estado Civil

-Soltero

-Casado

-Divorciado

-Viudo

6. Ocupación

7. Antecedentes patológicos personales

- Antecedentes psiquiátricos

- Antecedentes no psiquiátricos

- Otros

8. Antecedentes patológicos familiares

- Antecedentes psiquiátricos

- Antecedentes no psiquiátricos

- Otros

9. Hábitos

- Sustancias psicoactivas

- Sustancias no psicoactivas

- No refiere

10. Hospitalización previa: SI NO

11. Diagnostico ingreso:

12. Diagnostico egreso:

LIMITANTES

Un limitante en el levantamiento de información, fue la imposibilidad de obtener datos de las atenciones de emergencia, realizadas en los años 2013 y 2014 de ambos hospitales; sin embargo, lo levantado permitió obtener información de 945 pacientes; muestra representativa para el presente trabajo de investigación.

Otra limitación fue la información de respaldo de atención en los servicios de Emergencia estos difieren entre cada hospital; los formularios 008 son archivados y no tienen una sistematización de sus datos.

La dificultad en la obtención de los datos, así como, el subregistro en los formularios 008, limitó el análisis del total de la población de estudio, en cuanto a, las variables antes indicadas.