

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Influencia de los estilos de apego y eventos adversos vitales sobre
la ideación suicida en pacientes con trastorno por consumo de
sustancias del servicio de psiquiatría del hospital regional
Honorio Delgado Espinoza en Arequipa -Perú, periodo 2023 -
2024**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Choque Lazo, Milagros Arianela

ORCID: 0009-0006-2818-7040

Cortez Gamboa, María Luciana

ORCID: 0000-0002-2662-4167

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesora:

Dra. Llaza Loayza, Elisa Gloria

ORCID: 0000-0003-1144-5972

Arequipa - Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 10 de Marzo del 2024

Dictamen: 010614-C-EPMH-2024

Visto el borrador del expediente 010614, presentado por:

2017814032 - CHOQUE LAZO MILAGROS ARIANELA

2017221452 - CORTEZ GAMBOA MARIA LUCIANA

Titulado:

**INFLUENCIA DE LOS ESTILOS DE APEGO Y EVENTOS ADVERSOS VITALES SOBRE LA IDEA CIÓN
SUICIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN AREQUIPA -PERÚ,
PERIODO 2023 - 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29254453 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**



**29655041 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL
DICTAMINADOR**



**29590450 - SUAREZ MALAGA CARLOS ERNESTO
DICTAMINADOR**



Influencia de los estilos de apego y eventos adversos vitales sobre la ideación suicida en pacientes con trastorno por consumo de sustancias del servicio de psiquiatría del hospital regional Honorio D

ORIGINALITY REPORT

8%

SIMILARITY INDEX

8%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

2%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	bibliotecadigital.oducal.com Internet Source	1 %
2	diposit.ub.edu Internet Source	<1 %
3	patologia-dual.com Internet Source	<1 %
4	www.grafiati.com Internet Source	<1 %
5	Submitted to Universidad Nacional San Agustín Student Paper	<1 %
6	repositorio.ucsp.edu.pe Internet Source	<1 %
7	renati.sunedu.gob.pe Internet Source	<1 %
8	alicia.concytec.gob.pe Internet Source	<1 %

Dedicatoria

A mis abuelos, Federico, María y Julián; por cada abrazo y consejo que me dieron, por su apoyo, cariño y compañía en cada paso que di, por ser los ángeles que cuidan y guían mi camino.

A mi abuelita Margarita por ser mi consejera espiritual, personal y académica, por cuidar de mí y por siempre estar dispuesta a sacarnos una sonrisa y a contarnos mediante historias grandes enseñanzas de la vida.

A mis padres, Arianela y Percy, por creer en mí y en mis ideas, ser siempre mi soporte y apoyo, por ser mi inspiración y mayor ejemplo.

A mis padres y hermanos, quienes fueron siempre muestra de perseverancia y fortaleza, además de ser un apoyo incondicional en cada paso.

Agradecimientos

A mi mamá por ser mi consejera y amiga durante todo este camino, por enseñarme que soñar siempre es posible y que todo se puede lograr. A mi papá por mostrarme que el cansancio y los malos momentos son pasajeros, y que no rendirse siempre será nuestra solución.

A mi hermana Kelly por compartir conmigo los momentos más duros y emotivos, por contagiar sonrisas y reflexiones cada vez que lo necesitaba; a Abby por ser mi alebrije espiritual.

A todos mis amigos, que con sonrisas y ocurrencias, hicieron que estos años sean inolvidables, en especial a Luciana y Javier.

A Dios, por darme la fuerza para no rendirme, por guiarme y darme soporte cuando más lo necesitaba; por el amor y la bondad que me brinda para seguir cumpliendo mis sueños.

A Dios, por brindarme la oportunidad de seguir uno de mis sueños.

A mis padres, quienes me dedicaron su esfuerzo y dedicación siempre con afecto.

A mis hermanos, quienes siempre han sido mi más grande apoyo.

A mi abuela Emilia, quien me mostró la fortaleza, esfuerzo y amor que se le puede dedicar a cada acto en la vida.

A mis amigos, con especial mención de Milagros y Javier, por ser compañía y alegría durante esta etapa.

Agradecemos de manera especial a los pacientes, que dentro de su dolor, nos permitieron su tiempo y confianza.

Al personal del servicio de Psiquiatría, sobre todo a la doctora Jessica Lewis, quienes nos brindaron el apoyo para el desarrollo de nuestra investigación.

RESUMEN

La presente tesis pretende estipular si existe influencia de los estilos de apego y eventos adversos vitales sobre la ideación suicida en pacientes con trastorno por consumo de sustancias del servicio de Psiquiatría de un hospital de complejidad III-1 en Arequipa, Perú. Para ello se ejecutó, un estudio correlacional no experimental, de corte transversal y prospectivo en el que se incluyó a 93 pacientes con trastorno por consumo de sustancias del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza entre octubre del 2023 y enero del 2024, a quienes se le aplicaron 3 cuestionarios (Escala Suicida de Beck, Camir-R, Escala de Eventos Adversos Vitales) en forma de encuestas y entrevista tras la firma del consentimiento informado. Una vez procesados los resultados, se realizó un análisis bivariado aplicando la prueba estadística de Chi cuadrado, así como la correlación de Spearman entre variables categóricas ordinales y modelos de regresión logística bivariado; encontrándose que el 32.3% de los participantes presentó ideación suicida con un punto de corte de 9 puntos según la Escala de Beck. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y el estilo de apego ($p=0.039$), además de una correlación significativa de acuerdo al coeficiente de correlación de Spearman ($\rho = 0.27$, $p = 0.009$). Entre los pacientes con un estilo de apego inseguro evitativo hubo una probabilidad de tener ideación suicida 287% mayor en relación a aquellos con un estilo de apego seguro ($p=0.03$). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y los eventos adversos vitales ($p = 0.3$) de acuerdo a la prueba de Chi cuadrado, mas si una relación débil positiva significativa ($\rho = 0.24$, $p=0.02$) de acuerdo al coeficiente de correlación de Spearman. Se concluyó que alrededor de un tercio de los pacientes incluidos con trastorno por consumo de sustancias presentaron ideación suicida, siendo 38.7% del total de la población femenina y 29% de la masculina; el grupo etario representativo fue de 18 a 25 años. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el estilo de apego inseguro evitativo y la ideación suicida. No hubo asociación estadísticamente significativa entre los eventos adversos vitales y la ideación suicida entre la población evaluada.

Palabras Clave. Ideación suicida, estilo de apego, eventos adversos vitales

ABSTRACT

The present study aims to determine if there is influence of attachment styles and adverse life events on suicidal ideation in patients with substance use disorder in the Psychiatry service of a III-1 complexity hospital in Arequipa, Peru.

A non-experimental, cross-sectional and prospective correlational study was made, in which 93 patients with substance use disorder from the Psychiatry service of the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital were included, between October 2023 and January 2024, to whom 3 questionnaires were applied (Beck's Suicide Scale, Camir-R, Adverse Vital Events Scale) in the form of surveys and interviews after signing the informed consent. Once the results were processed, a bivariate analysis was performed applying the Chi square statistical test, as well as the Spearman correlation between ordinal categorical variables and bivariate logistic regression models, finding that 32.3% of the participants presented suicidal ideation with a cut-off point of 9 points according to the Beck Scale. A statistically significant association was found between suicidal ideation and the attachment style ($p=0.039$), in addition to a significant correlation according to Spearman's correlation coefficient ($\rho = 0.27$, $p = 0.009$). Among patients with an insecure-avoidant attachment style there was a 287% greater probability of having suicidal ideation compared to those with a secure attachment style ($p=0.03$). According to the Chi square test no statistically significant association was found between suicidal ideation and adverse vital events ($p = 0.3$), but a weak positive significant relationship was found ($\rho = 0.24$, $p = 0.02$) according to the Spearman coefficient correlation. It was concluded that about a third of the patients included with substance use disorder presented suicidal ideation, being 38.7% among the female population and 29% of the masculine one, and the representative age group of 18 to 25 years old. A statistically significant relationship was found between the insecure-avoidant attachment style and suicidal ideation. There was no statistically significant association between adverse life events and suicidal ideation among the evaluated population.

Key words. Suicidal ideation, attachment style, adverse vital events

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN..... 5

ABSTRACT..... 6

INTRODUCCIÓN 9

CAPÍTULO I..... 11

1. PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN 12

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 12

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA..... 12

1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 12

1.4. JUSTIFICACIÓN 14

2. OBJETIVOS..... 15

2.1. GENERAL 15

2.2. ESPECÍFICOS 15

3. HIPÓTESIS 15

4. MARCO TEÓRICO 15

4.1. TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS 15

4.2. SUICIDIO, IDEACIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA 22

4.3. ESTILOS DE APEGO..... 26

4.4. CaMir-R EVALUACIÓN DEL APEGO 30

4.5. EVENTOS ADVERSOS VITALES 31

5. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN 33

5.1. A NIVEL INTERNACIONAL..... 33

5.2. A NIVEL NACIONAL 34

5.3. A NIVEL LOCAL 35

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL 37

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación 38

1.1. TÉCNICAS 38

1.2. INSTRUMENTOS 38

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN..... 38

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL 38

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL 39

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO 39

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 40

3.1. ORGANIZACIÓN 40

3.2. RECURSOS..... 40

3.3. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS 41

3.4. CRITERIOS ÉTICOS..... 41

3.5. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS	42
CAPÍTULO III.....	44
1. RESULTADOS	45
2. DISCUSIÓN	52
3. CONCLUSIONES.....	58
4. RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS.....	72
ANEXO N°01.....	73
CONSENTIMIENTO INFORMADO	73
ESCALA SUICIDA DE BECK.....	74
AUTOCUESTIONARIO DE MODELOS INTERNOS DE RELACIONES DE APEGO ADULTO (CAMIR-R).....	76
ESCALA DE EVENTOS ADVERSOS VITALES	78
DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN.....	79
ANEXO N°2 MATRIZ DE DATOS.....	81
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES	81
CAMIR-R	83
ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK.....	87
EVENTOS ADVERSOS VITALES	91

INTRODUCCIÓN

El trastorno por consumo de sustancias afecta y moldea muchos tipos de comportamiento relacionados a la capacidad de controlar el uso de diversas sustancias, ya sea tabaco, alcohol y/u otro tipo de drogas (1); dando lugar a la incapacidad de poder establecer un límite de consumo consciente por parte de cada persona. El uso de diversas sustancias puede estar asociado con un funcionamiento errático en cada sistema del cuerpo humano y el perfil mental de los pacientes. A su vez, se pueden desarrollar diversas condiciones médicas como efecto de la toxicidad del elemento psicoactivo consumido, la vía de administración y el proceder riesgoso en los que participa el paciente (2). La presencia de una ideación suicida en estos pacientes supone un riesgo importante para su vida dado el contexto y conductas disruptivas a las que se encuentran expuestas dentro del contexto en el que se desenvuelven diariamente, además de significar alteraciones dentro de su propio entorno, su círculo social y familiar (3). La falta de intervenciones tempranas que permitan la prevención de conductas autolíticas y/o suicidas, incluida la psicoterapia, farmacoterapia u otros, podría concluir en resultados fatales dentro de este grupo de pacientes (4). Por otra parte, se considera que sea factible que la existencia de una idea suicida sea atribuida a la interacción de alteraciones a nivel neuronal, patrones de conducta propios o adquiridos dentro del contexto social, experiencias tempranas y lo denominado como efectos adversos vitales (3). Estos últimos corresponden a situaciones consideradas por el individuo como eventos de impacto y que generan una repercusión negativa, lo cual puede relacionarse al fallecimiento de seres queridos, separación de los padres, violencia física o verbal, situaciones de estrés como el desempleo o deudas, etcétera (5). El manejo inadecuado de la reacción posterior a estos eventos y la repercusión de ellos podría desencadenar en el individuo conductas riesgosas, alteraciones en el estado anímico o incluso trastornos psicopatológicos, considerando dentro de ello ideación y conducta suicida, depresión, ansiedad o trastornos por adicción a sustancias (6).

Dentro de nuestro medio, la presencia de eventos adversos podría tener gran relevancia dada las altas tasas de violencia, abandono, separación, desempleo y pobreza entre la población, por lo cual la intervención temprana sobre este aspecto podría plantearse como una medida efectiva en la prevención de patologías psico psiquiátricas a futuro, una vez detectadas las poblaciones en riesgo (5).

Asimismo, se ha visto que desde edades tempranas es factible determinar el estilo de apego de un individuo, pudiendo a partir de ello evidenciar si es que generará una predisposición a presentar trastornos y conductas de riesgo a futuro. Estos estilos de apego, los cuales se forman a partir del lazo con las figuras paternas y posteriormente con individuos considerados como figuras o modelos a seguir, determinarían relaciones seguras o inseguras a posterior con otros individuos. Incluyendo además la reacción a los estímulos del entorno, la aceptación y afrontamiento de diversas circunstancias a lo largo de la vida (7). Ello determinaría la manera de relacionarse con el entorno y en

muchos casos predisponer a conductas ansiosas y/o depresivas que, en caso se presenten a la par de otras afecciones tal como el trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, significarán un riesgo adicional a tomar en cuenta dentro de la evaluación íntegra de estos pacientes y probablemente una predicción de posibilidad para presentar conductas de riesgo como ideación y conducta suicida, sobre todo en pacientes con trastornos graves. Hay hallazgos importantes dentro de diferentes estudios que indican que el apego tiene un rol predictor en la posibilidad de consumo y/o adicción a sustancias, y que el consumo de sustancias no genera muchos cambios en el apego ya establecido de cada persona (8). No obstante, se ha evidenciado que la vinculación entre un consumo alto de sustancias y el apego inseguro son totalmente aislados de la figura de apego, ya sea una figura paterna o la pareja, lo cual sugiere que cual sea la relación de apego, mientras sea discordante o negativa, podría dar pie al consumo con recaídas frecuentes, y la permanencia del trastorno. Además de ello teniendo en cuenta que desde la infancia se construye la consolidación del estilo de apego de cada persona, todos los factores psicosociales, de afecto, de juego, de independencia desde una edad temprana contribuyen de manera importante en el constructo de apego de cada individuo (9).

Es evidente la relación y pluricausalidad de la ideación y conducta suicida en individuos que cursan con trastornos causados por el uso excesivo de sustancias, todo ello basándonos en el contexto social, los estilos de apego desarrollados desde edades tempranas y eventos adversos vitales que afectarían la forma del individuo de relacionarse con su medio y la respuesta frente a estímulos estresantes o estimulantes de acuerdo al entorno que posee cada individuo (10). Ello podría significar un mayor riesgo en poblaciones de riesgo, como adolescentes o pacientes crónicos o con comorbilidad psico orgánica, grupos que en la actualidad se presentan con frecuencia en la consulta hospitalaria y por tanto, deberían tener un manejo enfocado en mejorar las condiciones que involucran conductas personales, dinámica familiar, lazos interpersonales, así como desempeño educativo o de ejecución vocacional (11).

Teniendo en cuenta la información recolectada, se busca interpretar, analizar y encontrar relaciones fidedignas que puedan contribuir a establecer relación del estilo de apego y los eventos adversos vitales de las personas; y su influencia sobre la ideación suicida en los pacientes con el diagnóstico de trastorno debido al uso de sustancias; siendo a partir de esto posible reconocer factores modificables que puedan ser identificados, y generar medidas de prevención ante el panorama social al que nos enfrentamos.

CAPÍTULO I



1. PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe influencia de los diferentes estilos de apego y eventos adversos vitales sobre la ideación suicida de personas con trastorno por consumo de sustancias del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2023-2024?

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Influencia de los estilos de apego y eventos adversos vitales sobre la ideación suicida en pacientes con trastorno por consumo de sustancias del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado 2023-2024

1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. **Área de conocimiento**

- Área general: Ciencias de la salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastorno por consumo de sustancias, ideación suicida

1.3.2. **Análisis y operacionalización de variables e indicadores**

Variable Interviniente	Indicadores	Escala de Valores	Tipo de Variable
Trastorno por Consumo de Sustancias	Sustancia de dependencia consumida	Alcohol Cocaína Marihuana Opioides Tabaco Benzodiacepinas Inhalantes Otros	Nominal
	Cantidad de sustancias consumidas	1 2 3 >4	Ordinal
	Tiempo de enfermedad	<1 año 1-5 años >5 años	Ordinal

	Edad	18-25 años 26 - 55 años 56 - 65 años	Ordinal
	Sexo	Masculino Femenino	Nominal

Variable Independiente	Indicadores	Escala de valores	Tipo de variable
Estilo de apego	Escala CaMir	Apego seguro Apego inseguro evitativo Apego inseguro ansioso Apego desorganizado	Nominal
Eventos adversos vitales	Escala de eventos adversos vitales	0-150 150-300 >300	Ordinal

Variable Dependiente	Indicadores	Escala de Valores	Tipo de Variable
Ideación Suicida	Puntaje en la Escala de Beck	0-3 4-8 9-14 15-20	Ordinal

1.3.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes del servicio de Psiquiatría con el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2023-2024?
- ¿Cuál es la prevalencia de la ideación suicida en torno a la edad y sexo en pacientes con trastorno por consumo de sustancias en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2023-2024?
- ¿Cuál es el estilo de apego que prevalece en pacientes con trastornos por consumo de sustancias con ideación suicida en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2023-2024?
- ¿Existe relación significativa entre la presencia de eventos vitales adversos con la ideación suicida en pacientes por consumo de sustancias del

servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2023-2024?

1.3.4. Tipo de investigación

Clínica - Correlacional - Prospectiva

1.3.5. Diseño de investigación

No experimental - Transversal

1.3.6. Nivel de investigación

Nivel correlacional

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. Justificación científica

Aproximadamente 275 000 000 de personas utilizaron drogas alrededor del mundo, y aproximadamente 36 000 000 de personas padecieron diversas afecciones por su uso excesivo, de acuerdo al Informe Mundial sobre las Drogas del año 2021 (12). Además, de acuerdo a la información del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud del Perú, en torno al año 2016 - 2021, un porcentaje de 71.5 eran pertenecientes a temas relacionados a la intencionalidad suicida de nuestro país y conciernen a individuos que oscilaban alrededor de los 15 y 34 años de edad (13). Todo esto contribuiría a acrecentar el peso social asociado a los trastornos por uso excesivo de sustancias psicoactivas en los diferentes sistemas de salubridad en nuestro país. A pesar de que la estadística va en aumento, son pocos los estudios que buscan identificar o establecer relaciones del pensamiento suicida en individuos que cursan o han sido diagnosticados con un trastorno por uso de sustancias.

1.4.2. Factibilidad

El presente estudio es factible en nuestro contexto, pues se hará uso de escalas a modo de cuestionario y se cuenta con el número adecuado de personas que serán parte de la investigación. También se tiene a nuestra disposición el área donde todo esto se llevará a cabo y el permiso correspondiente de las instituciones involucradas.

1.4.3. Justificación personal

La información e investigación en general, sobre salud mental, y en especial sobre el consumo de sustancia psicoactivas, es muy infraestimado en el Perú (13), es relevante tener en cuenta que factores, circunstancias o causas pueden incrementar o disminuir que las personas en nuestro medio desarrollen un trastorno por consumo de sustancias, y mejorar la identificación precoz y tratamiento integral de esto. Actualmente la valoración médica adecuada que concluya en un trastorno por uso de sustancias dado por los criterios del DSM-5 que abarca dentro de este grupo al alcohol, cocaína, marihuana, cafeína, y

otros; motiva a desglosar en nuestra población objetivo que sustancia psicoactiva es más frecuentemente causal de adicción, además es importante buscar e identificar intentos o pensamientos suicidas en ellos y determinar qué situaciones o circunstancias detonan muchas veces estas conductas (14).

2. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Determinar si existe influencia de los estilos de apego y eventos adversos vitales sobre la ideación suicida en pacientes con trastorno por consumo de sustancias del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado 2023-2024

2.2. ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas en pacientes con trastorno por consumo de sustancias del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2023-2024
- Determinar la prevalencia de ideación suicida en relación a edad y sexo en pacientes con trastorno por consumo de sustancias atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2023-2024
- Identificar cuál es el estilo de apego que prevalece entre los pacientes con trastornos por consumo de sustancias con ideación suicida en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2023-2024
- Evidenciar si existe relación significativa entre la presencia de eventos vitales adversos con la ideación suicida en pacientes por consumo de sustancias del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2023-2024

3. HIPÓTESIS

Es probable que el estilo de apego inseguro evitativo y un número mayor de eventos adversos vitales influyen de manera directa y significativa sobre la ideación suicida de pacientes con trastorno por consumo de sustancias

4. MARCO TEÓRICO

4.1. TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM 5) precisa que el trastorno por uso de sustancias hace referencia a una constelación de conductas que comprenden la pesquisa desenfrenada de sustancias psicoactivas, englobando el dominio defectuoso de la usanza de dichas sustancias, relaciones deterioradas con otros, actividades y comportamientos de contingencia (por ejemplo: el empleo de sustancias

en entornos peligrosos), y cambios farmacológicos (por ejemplo, experimentar síntomas de abstinencia). Además, el DSM-5 detalla la definición de adicción, como la más grave y crónica etapa del diagnóstico Trastorno por consumo de sustancias, que se distingue por una pérdida sustancial de autocontrol, que se manifiesta en un comportamiento compulsivo de búsqueda de drogas a pesar del deseo de discontinuar el uso (14).

4.1.1. **INTOXICACIÓN AGUDA:** es un proceso transitorio consecutivo al uso de una sustancia psicoactiva, que repercute en el organismo causando alteraciones a nivel de la conciencia, la percepción, la cognición, la conducta y la afectividad del individuo (15).

4.1.2. **SOBREDOSIS:** es el exceso del límite de una cantidad de medicamento o sustancia; que produce efectos mentales y físicos adversos. Las sobredosis de drogas son provocadas en gran medida por opioides sintéticos (es decir, fentanilo o análogos de fentanilo fabricados ilícitamente) y, en menor medida, por psicoestimulantes y cocaína, con mayor frecuencia con la participación simultánea de opioides sintéticos. La sobredosis es más probable en individuos que sufren un trastorno por consumo de opioides. Por lo cual es importante evaluar el historial de sobredosis en los pacientes, ya que una sobredosis previa se asocia con una mayor probabilidad de sufrir una sobredosis mortal o no mortal en el año siguiente (16).

4.1.3. **ABSTINENCIA:** es la consecuencia de la reducción o cese abrupto y repentino del uso de una sustancia psicoactiva, que se ha consumido en dosis muy elevadas por un tiempo extenso y generan que la persona sea dependiente mental y físicamente del consumo de esta. La experiencia que genera la abstinencia es la opuesta a la producida por la propia sustancia (15).

4.1.4. **DEPENDENCIA:** se define como el acervo de procesos cognitivos, fisiológicos y conductuales; en el cual el uso de una determinada sustancia psicoactiva asume el primer grado de prioridad; dejando de lado comportamientos que antes tenían más validez para el individuo. Se caracteriza por una necesidad incontrolable de buscar y consumir la sustancia, asociándose a una pérdida de control durante su consumo (16).

La etiología del trastorno por consumo de sustancias no se halla del todo dilucidada, más se plantean diversos factores que promovieron la presencia de este trastorno. Sadock menciona en primera instancia la disponibilidad y acceso a la sustancia, presión dentro del entorno social, factores psicodinámicos como aquellos relacionados con el sistema de recompensa y aumento de actividad en la zona límbica, la amígdala, y

la circunvolución cingulada anterior. Asimismo, se plantea un trastorno funcional del yo sumado a refuerzos positivos (sensación de euforia, forma de automedicación frente a cuadros de ansiedad o ira) o negativos (como en el caso de fenómenos de abstinencia frente al alcohol u opiáceos) tras el consumo de drogas o de alcohol, lo cual conduce al paciente a la búsqueda o “craving” de esta materia y a un posterior dispendio descontrolado (17).

4.1.5. FACTORES DE RIESGO

Los factores que podrían desencadenar un uso desmesurado de diversos tipos de sustancias incluyen:

- Entorno social y/o familiar con el diagnóstico relacionado a consumo de sustancias o inicio de conductas de riesgo
- Nivel socioeconómico bajo: pobreza, la violencia y/o la gran excedencia de alcohol y muchas otras sustancias, escolaridad limitada
- Historial de trastorno por consumo de sustancias en miembros del núcleo familiar
- Comorbilidad psiquiátrica
- Antecedente de abuso, violencia y abandono
- Problemas financieros
- Relaciones familiares y sociales con tendencia al abuso y/o violencia
- Factores genéticos relacionados a genes implicados en la producción de dopamina (15).

En nuestra sociedad, más de la mitad de los factores de riesgo nombrados anteriormente, conforman parte del quehacer diario de muchas personas. Por lo cual es importante y vital tener en consideración todo el historial personal y familiar, y comportamientos y actitudes de riesgo actuales que tienen las personas con tendencia a desarrollar un consumo excesivo de diferentes sustancias, buscando así encontrar y estudiar los aspectos que podrían influenciar en la evolución de un trastorno por uso de estas.

4.1.6. AFECCIONES EN EL CUERPO HUMANO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Es importante prestar atención a las primeras acciones que podrían dar pie al desarrollo de un trastorno con consumo de sustancias, esto podría iniciar con el consumo poco saludable de una sustancia, la cual incrementa la posibilidad de uso no salubre de otra clase de sustancias, como la cafeína, tabaco, nicotina, alcohol, opioides, estimulantes y drogas ilegales como la marihuana, cocaína, alucinógenos e inhalantes (17).

También se debe tener en cuenta características pequeñas pero importantes que indiquen el posible consumo de sustancias, como una

inadecuada limpieza individual, la disminución o ganancia significativa de peso, las marcas en la piel en lugares de punción con objetos punzocortantes; que pueden dar indicios de uso de drogas por vía parenteral, o evidencia de inhalación de drogas que incluyen perforación del tabique nasal y pérdida del funcionamiento de la mucosa que reviste las narinas; y finalmente la prueba de una intoxicación aguda o abstinencia como marcha inestable, lentitud y problemas para articular palabras y oraciones coherentes, dilatación de las pupilas, modo de actuar atípico, agitación o sedación, ojos rojos, taquicardia, aumento de temperatura corporal y leve rinorrea (18).

El consumo de sustancias parece estar relacionado con un desempeño que compromete sustancialmente todos los órganos del cuerpo humano. Pueden acrecentarse patologías y afecciones médicas como producto de lo nocivo de la sustancia, teniendo en cuenta también la vía por la cual se administra y las conductas de exponencial riesgo propias de cada paciente, como por ejemplo, encuentros sexuales sin uso de protección, compartir materiales punzocortantes como jeringas o mala higiene (19). En consumo de sustancias puede desencadenar afecciones en el organismo, como:

- Patologías cardiovasculares como el aumento de la presión arterial basal, patologías que comprometen el músculo cardíaco, endocarditis infecciosa y el deficiente bombeo de sangre al cuerpo por parte del corazón.
- Trastornos que comprometen al sistema digestivo y renal de gran importancia, entre los que se mencionan diversos tipos de hepatitis, enfermedad crónica del hígado, cirrosis, pancreatitis, insuficiencia renal, entre otros.
- Alteraciones que afecten total o parcialmente el sistema nervioso central (SNC), incluyendo pérdida progresiva del correcto funcionamiento del cerebro, problemas de evocación y concentración, hemorragia intracerebral, vasculitis cerebral, episodios de irrigación deficiente o nula, strokes y lesiones cerebrales traumáticas.
- Patologías propias del aparato respiratorio, como espasmos a nivel bronquial, enfermedades crónicas que cursan con obstrucción progresiva, acumulación de sustancias en el pulmón, infecciones, neumonitis por hipersensibilidad, traumas ocasionados por cambios en las presiones de las cavidades, hemoptisis indiferenciada y tuberculosis.
- Disminución de los niveles de hemoglobina bajo los rangos de normalidad y función deficiente de su producción en la médula ósea.
- Enfermedades cuya transmisión sea por contacto sexual, incluyendo patologías como gonorrea, sífilis, infección y secuelas causadas por el virus de Inmunodeficiencia Humana u presencia de lesiones a nivel genital.

- Infecciones de origen bacteriano, incluido *S. aureus* con un patrón resistente a betalactámicos como la meticilina.
- Secuelas secundarias a gestación y trauma o infecciones tras el parto.
- Las consecuencias varían en relación a la sustancia utilizada, el tiempo de uso y su intensidad. La identificación de afecciones médicas, por lo tanto, son parte fundamental en el avance de un bosquejo de tratamiento, ya que omitirlas pueden impedir la convalecencia por un trastorno por uso de sustancias (20).

4.1.7. DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Se sustenta en los criterios diagnósticos planteados por el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales DSM-5, donde se identifica el término “Trastorno por consumo de sustancias” como unificador del significado del uso de alcohol como una específico, o cocaína, o nicotina, etc; como diagnosis única.

4.1.7.1. Criterios de diagnóstico del DSM-5

Una reincidencia en el uso inadecuado que conlleva a un desgaste o malestar fisiopatológicamente significativo se identificará mediante dos o más de los subsiguientes síntomas en un tiempo de 12 meses:

- Con frecuencia bebe en altas proporciones o a lo largo de un intervalo más prolongado de lo estimado.
- Anhelo continuo o empeño vano para aminorar o vigilar el uso.
- Se invierte un alta suma de tiempo a realizar diligencias imperiosas para lograr, frenar o restaurarse de las secuelas de la sustancia.
- Ansia o gran pretensión o afán de utilizar la sustancia.
- Uso reiterado que concluye en la falta de cumplimiento de consignas o tareas de gran importancia en el centro de labores, el colegio u hogar.
- Uso seguido, incluso pese al desarrollo persistente de problemas de interacción social e intrapersonal, que se acentúan o exacerban de manera repetitiva.
- Debido al uso se dejan o minimizan importantes actividades de interacción social, relacionadas al área laboral o recreativas.
- Uso frecuente en circunstancias en las que sea corporalmente arriesgado.
- Uso continuado, incluso si se tiene una patología clínica o psicológica continua o repetitiva, que la sustancia posiblemente haya provocado o exacerbado.

- Tolerancia o resistencia generada frente a la sustancia consumida
- Cuadro(s) de abstinencia tras el cese de consumo de las sustancias (14).

El abuso por consumo de sustancias a menudo se demuestra abandonando actividades que antes solían ser importantes, incrementando el lapso de tiempo designado a diligencias vinculadas al consumo de sustancias y consumiendo con mayor periodicidad o sobrepasando el tiempo límite establecido. El consumo puede seguir incluyendo situaciones que agraven los problemas causados por el consumo de sustancias (19).

- 4.1.7.1.1. **Nivel de gravedad:** los rasgos que se presentan por uso de drogas y alcohol pueden cambiar de acuerdo a al nivel de severidad. Estos criterios para determinar la gravedad descritos en el DSM-V-TR (leve, moderado, grave), acentúan de acuerdo a la cantidad de consignas identificadoras de cada eslabón de gravedad de la diagnosis del paciente durante el marco de su evaluación:
- Leve: Paciente que cumple con dos a tres criterios
 - Moderado: Pacientes que presentan cuatro a cinco criterios
 - Severo: Paciente con seis o más criterios (14).

4.1.8. **TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS RELACIONADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS**

Los trastornos psiquiátricos ocasionados por sustancias son cambios o modificaciones psiquiátricas originadas por el uso o la abstinencia de múltiples drogas que se asimilan a alteraciones psiquiátricas autónomas como ansiedad, psicosis, o trastornos neurocognitivos. Valladolid menciona que las alteraciones que se dan con más intermitencia en asociación al consumo de alguna sustancia incluyen fobias, perfil antisocial tras evaluación del tipo de personalidad y depresión, mencionando además un riesgo de presentar ideación o conductas suicidas de hasta 20 veces más en comparación a pacientes que no consumen ningún tipo de sustancia (21).

Solo una patología psiquiátrica se cree que es originada por una sustancia, cuando la sustancia involucrada debe demostrar ser capaz de causar el trastorno (22). Estas sustancias pueden formar parte de diez clases de medicamentos que normalmente ocasionan trastornos ligados a sustancias u otros, como el grupo de los anticolinérgicos y de los corticosteroides que pueden originar síndromes psicóticos temporales. Asimismo, el trastorno psiquiátrico debe:

- Aparecer dentro del lapso de un mes tras un episodio de intoxicación o abstinencia causada por la ingesta de sustancias
- Causar malestar significativo o deterioro del funcionamiento
- No haberse dado previo al uso de la sustancia
- No se da sólo mientras dura el delirio agudo originado por la sustancia
- No persistir por un lapso de tiempo importante, pero algunos trastornos neurocognitivos ocasionados por el alcohol, hipnóticos y sedantes e inhalantes; y trastornos de percepción originados por alucinógenos podrían ser algo duraderos (21).

4.1.9. **TRATAMIENTO**

El objetivo principal del tratamiento es alcanzar y conservar el nulo consumo de sustancias, iniciando con la reducción progresiva de la sustancia, asociada a tratamiento médico sin desencadenar un síndrome de abstinencia o periodos de recaída en la posterioridad. Además de tratar de forma principal el trastorno por consumo de sustancias, se deben tratar los problemas asociados con el entorno y la misma persona (23). Las dificultades en el proceso pueden incluir el actuar personal, la dinámica del núcleo familiar, las relaciones con el entorno, la carga escolar o laboral.

- 4.1.9.1. Abstinencia supervisada médicamente: Aquellos individuos con adicción al consumo de opioides, de alcohol y benzodiazepinas tienen un riesgo significativo de experimentar abstinencia al dejar de consumirlos y tienen el cometido de avasallarse a un periodo de nulo consumo vigilado por un médico. La abstinencia vigilada por un médico regularmente hace uso de agonistas u otros fármacos que generan alivio de los síntomas (24).
- 4.1.9.2. Abstinencia de alcohol: presenta síntomas como sudoración, aumento de las pulsaciones cardiacas, tremor en extremidades distales, dificultad para conciliar el sueño, sensación nauseosa que puede llegar a generar vómito, aparición de episodios de alucinaciones de tipo visual, auditivas o táctiles cortas, agitación psicomotora, ansiedad. Frente a una abstinencia leve: se brinda un soporte de apoyo familiar y médico, con hidratación y nutrición adecuada, además de la administración de tiamina. En casos graves, se sugiere el uso de benzodiazepinas, en cantidades e intervalos específicos (25).
- 4.1.9.3. Abstinencia de opioides: la tolerancia y la dependencia física y psicológica de los opioides generalmente ocurren después de tres semanas de uso diario. El síndrome de abstinencia se observa si se suspende el uso de opioides después de varios meses de uso diario: en las primera horas se presenta el inicial anhelo de

consumir nuevamente estos fármacos, episodios ansiosos y temor a presentar cuadros de abstinencia; entre las 8-14 horas se presentarán síntomas y signos de ansiedad, insomnio, agitación, midriasis, diaforesis; y a los 2-3 días habrá temblores, espasmos musculares, hipertensión, taquicardia y escalofríos. Los ensayos clínicos respaldan el uso de buprenorfina para el mejoramiento de los síntomas de abstinencia de opioides (26). Se debe tener un seguimiento del paciente, evaluando su estado, intensidad de los síntomas y ajuste de la medicación de acuerdo a estos, se debe tomar en cuenta también el riesgo de recaída.

4.2. SUICIDIO, IDEACIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA

La palabra suicidio, proveniente del latín “matarse a sí mismo” y se define como aquella conducta autolesiva que tiene un desenlace fatal que se acompaña de manifiestos obvios y detallados de que un individuo busca la muerte (27).

De acuerdo a Garnett et. al durante el 2021 el suicidio fue el onceavo causal de fallecimiento en Norte América, además de significar la segunda razón de fallecimientos en personas que cursaban los 10-34 años; y la quinta en individuos entre 35 y 54 años. Se especifica además que la tasa cabal de suicidios influenciada por el número de años incrementó de 10.7 fallecimientos por 100.000 en el 2001 a un pico de 14.2 en el 2018, disminuyendo a 13.5 en el 2020 (2). En el 2021, la tasa aumentó 4% a 14.1, el mayor aumento de 1 año durante el periodo. Se menciona que entre los métodos más empleados está la ingestión de pesticidas, armas de fuego y el ahorcamiento (2).

Por otro lado, se denomina ideación suicida al juicio mental que dirige el móvil para causar la muerte de uno mismo, pudiendo o no incluir planes o intentos de suicidio, lo cual definiría la gravedad de esta. Nock et. al mencionan que la identificación de nuevos casos de ideación suicida en 12 meses, es de aproximadamente el 2% y que la prevalencia de por vida era del 34% (28). Asimismo, entre las personas con antecedentes e ideación suicida durante toda su vida, la probabilidad de hacer alguna vez un plan corresponde a un aproximado del 33%, y la probabilidad de un intento de suicidio es del 30%. En los Estados Unidos, se considera una prevalencia anual del 4% de ideación suicida entre los adultos, de los cuales más de la mitad no opta por recibir atención por profesionales que abarquen el área psicopatológica (29).

Otro dato a considerar es la diferencia porcentual entre la probabilidad de intentos de suicidio entre los pacientes con un antecedente de ideas relacionadas a la autolesión de por vida y un propósito, y aquellos sin un plan, siendo las cifras de aproximadamente 55% y 15% respectivamente (30).

Otros términos a considerar dentro de este espectro de acuerdo a Sadock et. al. y Schreiber et Culppeper incluyen:

- **AUTOLESIÓN DELIBERADA.** También denominada como gesto suicida, se define como aquella conducta, dolor o actos dolosos autolesivos voluntarios que poseen el propósito de guiar a los demás a imaginar que uno busca morir, inclusive si no se tiene un deseo ferviente de esto. Este término se distingue de la AMENAZA DE SUICIDIO en que este último constituye pensamientos de conducta autolesiva (sin llegar a realizarlo) que se expresan y tienen el objetivo de crear una idea, de que los demás piensen que uno quiere quitarse la vida pese a que no se tenga la intención real (17).
- **EL INTENTO DE SUICIDIO** se define como aquella conducta o acto autodestructivo que tiene como objeto el suicidio, pero que no es fatal. Se menciona que el comportamiento autoagresivo seguido de cualquier intención de morir se puede clasificar como un intento de suicidio de acuerdo a la práctica de la mayoría de investigadores, médicos y recomendaciones de instituciones orientadas a la prevención y control de enfermedades en EEUU, buscando brindar mayor seguridad al categorizar comportamientos ambivalentes como suicidas. De acuerdo a Borges et. al. los casos que se presentaron de intentos de autolisis y suicidas sin finales mortales durante 1 año es aproximadamente 0.3-0.4 % basado en preguntas organizadas realizadas en comunidades en veintiún países (31).
- **LETALIDAD DE LA CONDUCTA SUICIDA.** Es una amenaza explícita para la vida que se asocia con métodos o acciones suicidas. Se menciona que la letalidad no se relaciona en la mayor parte de los casos con la expectativa del individuo sobre lo que se consideraría como peligros (32).
- **TENTATIVA DE SUICIDIO.** Es la conducta de autolesión con una consecuencia no fatal, aunado a diversas evidencias tanto explícitas como implícitas de que el individuo buscaba morir (33).
- **TENTATIVA DE SUICIDIO FALLIDA.** Es el proceder con gran ímpetu autolesivo con base explícita e implícita de que el individuo buscaba quitarse la vida, pero frenó la acción antes de que se diera un compromiso corporal (34).
- **PENSAMIENTOS AUTOLESIVOS NO SUICIDAS.** Son ideas en las que se es parte de conductas autolesivas caracterizadas con el aniquilamiento sin límites del cuerpo humano sin la intención de morir y con propósitos no juzgados por la sociedad (35).
- **AUTOLESIONES NO SUICIDAS.** Es la conducta autolesiva caracterizada por el asolamiento del cuerpo humano sin intención de quitarse la vida y con intenciones en las que la sociedad no interviene (36).

El suicidio se entiende como una secuencia de acciones, una serie de procesos que implican un grupo de actividades con las cuales una persona quiere terminar con su vida. Por eso, es esencial señalar los procesos que anteceden al propio acto de suicidio, como lo es la ideación suicida y el intento de este; ampliar y conocer estos procesos ayudarán a buscar soluciones y tomas de acción preventivas para enfrentar esta problemática (37). Hay cinco etapas que preceden el acto final, que no son obligatoriamente ordenados por aparición:

- a. Ideación suicida pasiva
- b. Contemplación activa del propio suicidio
- c. Planeación y preparación
- d. Ejecución del intento autolítico y suicida
- e. Acto de suicidio consumado

Cada acción potencial que pueda desencadenar como resultado final de suicidio, es un signo de alerta que debe ser reconocida, tanto por el personal de salud como por el entorno familiar, que juega un papel básico como herramienta de diagnóstico, evidencia y prevision de conductas que pongan en riesgo al individuo (38).

4.2.1. FACTORES DE RIESGO

- **Sexo.** La tasa de mortalidad por casos de suicidio consumado es superior en la población masculina que en la femenina. No obstante, hay evidencia de que los intentos de suicidio o las ideas suicidas son mayores en mujeres que en varones (2).
- **Edad.** Curtin et. al. evidencian que se vio una incidencia mayor de suicidios en varones de edad mayor a 75 años, y en mujeres de entre 45 y 64 años (39).
- **Educación.** Menos años de educación podrían asociarse con un índice mayor de suicidios.
- **Estado civil.** Se encuentran tasas de suicidio considerablemente mayores en personas solteras, divorciadas y que han enviudado; a diferencia de personas que tienen un matrimonio y más en aquellos con hijos, en los cuales las tasas de suicidio son muy bajas (40).
- **Enfermedad psiquiátrica.** Considerado como un predictor importante de suicidio, presentándose intentos y conducta suicida en un 90% de aquellos pacientes con alguna patología psiquiátrica. Se menciona que los pacientes psiquiátricos tienen de 3 a 12 veces mayor riesgo de suicidio. Entre los desórdenes psiquiátricos más comunes asociados a suicidio se incluye el trastorno depresivo, ingesta excesiva y/o adicción a sustancias, trastorno bipolar, patología esquizofrénica, trastornos de personalidad y ansiedad (41).
- **Historia familiar y genética.** La posible herencia de rasgos suicidas está en el rango de 30-50%. A pesar de ello, no está dilucidado si la parte genética es la causa primordial del trastorno psiquiátrico subsecuente o del propio acto del suicidio (42).

Se demostró en un estudio que el uso de alcohol de forma aguda y crónica, es un condicionante directo para llevar a cabo un intento de suicidio. El alcohol causa un estado de desinhibición, alto grado de impulsividad, que puede incrementar la posibilidad de ideación e intento suicida. Un estudio longitudinal de adolescentes afroamericanos encontró que la actualidad y la frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas están significativamente relacionadas positivamente con las ideas y los intentos de suicidio, lo que

sugiere que el momento del uso de alcohol puede ser un predictor particularmente destacado (43).

También se ha encontrado una relación entre la marihuana y el suicidio. Pues esta exacerba los síntomas neurocognitivos, como la depresión y la ansiedad, lo que predispone al paciente a incrementar la sensación positiva o negativa de sus vivencias, acercándose a una ideación o intento suicida (44). Un meta análisis actual elaborado por Borges et. al. reveló que el uso crónico de marihuana es un causante de riesgo suicida, y se evidencia una correlación longitudinal entre el consumo de marihuana y las ideas suicidas, además del comportamiento que predisponen al acto suicida; esto incrementa si el consumo de esta sustancia inicia en la pubertad - adolescencia (4). El alto riesgo de conductas suicidas podría variar de acuerdo a la muestra que se estudiará; por lo que son necesarios estudios que tomen en cuenta la demografía, geografía y forma de vida de nuestra localidad. El uso de múltiples sustancias confiere un riesgo adicional de ideación e intento suicida, pues cada sustancia diferente aumenta un porcentaje de probabilidad (45).

Las personas que tienen pensamientos suicidas graves tienen más probabilidades de realizar un intento de suicidio real que aquellas que no los tienen, y el intento de un acto suicida es uno de los pronosticadores más fuerte de la realización y finalización del suicidio. La ideación suicida también sirve como un marcador importante de psicopatología y problemas de conducta entre los jóvenes y, por lo tanto, es importante investigar la ideación suicida y los problemas relacionados (46). De esta manera, se busca encontrar diferentes aspectos relacionados a la misma persona pero que pueden ser motivo de ideación o intento suicida, una atención integral del paciente es fundamental siempre teniendo en cuenta sus antecedentes, hábitos actuales, medicación actual, entorno, y estilo de vida. Todo esto brinda la información completa y adecuada para que se pueda detectar la planificación e ideación suicida, y se pueda intervenir de manera adecuada, con el apoyo del personal de salud (47).

El suicidio con el paso del tiempo se ha colocado como fuente número uno de muerte violenta alrededor del mundo. A pesar de esto, las justificaciones dadas para este tipo de violencia auto infringida aún continúan con falta de fundamentos sólidos que se fundamenten en la investigación científica, respaldada por estudios adecuados (48).

El departamento a cargo de la salud mental poblacional y los trastornos atribuidos al abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que el suicidio origina mayor cantidad de muertes, inclusive más que los homicidios y las guerras; puesto que cada minuto una persona en el planeta se suicida. No obstante, por cada intento de suicidio se pueden llegar a dar hasta 20 intentos que resultan fallidos, tomando esto en consideración, una persona intenta quitarse la vida cada 3 a 5 segundos (20).

4.2.2. ESCALA DE BECK: IDEACIÓN SUICIDA (BSS)

La valoración mediante la escala de Beck es utilizada primordialmente con el fin de evaluar la posibilidad de presentar ideación suicida. Es un cuestionario tipo autoinforme que los individuos completan de forma autónoma en función de cómo se han sentido durante la última semana (49). Según Minjeong et al. la escala de Beck ha mostrado una alta especificidad y sensibilidad en la recopilación de intentos de quitarse la vida a lo largo de los años en pacientes jóvenes (10).

Esta escala se compone de 2 partes con 21 preguntas en total. Las primeras 19 interrogantes indagan sobre la existencia de ideación suicida en la última semana y se reúnen en una puntuación total que va entre 0 a 38. Se incluyen preguntas que buscan factores de intensidad, frecuencia, controlabilidad, gravedad y elementos disuasorios. La pregunta número 20 es una pregunta calificada como 0: nunca hubo intento de suicidio, 1: hubo un intento de suicidio y 2: hubo un intento suicida en dos o más ocasiones. Finalmente, la pregunta 21 indaga sobre la severidad del deseo de morir durante el último intento para quienes respondieron 1 o 2 en la pregunta anterior (50).

En otras palabras, es imprescindible destacar el uso de la evaluación creada por Beck como una herramienta imprescindible en la identificación de ideación suicida para aquellos individuos con trastornos psiquiátricos ya que nos permite cuantificar la frecuencia con la que se presenta (51).

4.3. ESTILOS DE APEGO

Según Bowlby, el apego busca explicar las relaciones entre las personas, relacionándose principalmente con su cuidador desde etapas tempranas, tornándose así en un patrón o modelo de seguridad, el cual le otorgará herramientas para que por sí solo uno confronte las diversas experiencias y circunstancias que se den (52). Se menciona además que se trata de un sistema que se ha mantenido a lo largo de la evolución del hombre, presentando inicialmente bajo la función de protección frente a peligros como depredadores o situaciones de riesgo. Actualmente se considera que el apego cumple como función adicional la formación de representaciones neuronales del yo y su relación con otros individuos que intervendrá en procesos de orden superior como lo es la comunicación, control de inhibición y patrones de comportamiento en el medio social, así como en el manejo de emociones frente a otros individuos y frente a muchas situaciones.

El estilo de apego se desarrolla durante los años iniciales de una persona y que perduran durante toda su vida, siendo difícil cambiar esta relación con otros individuos de forma clínica. Este proceso depende de múltiples factores, incluyendo el temperamento del individuo desde etapas tempranas, lo cual podría ser un resultado de la interacción de

causas genéticas y ambientales, así como por la respuesta generada frente al cuidador en base a las experiencias a lo largo del desarrollo del individuo (54). La gran parte de los infantes crean sus lazos iniciales con sus “figuras” o “cuidadores” primordiales. A pesar de ello, conforme los niños empiezan a crecer y madurar, inician a procesar y transferir un mayor número de funciones asociadas del apego, que va de sus papás ahora hacia sus compañeros (55). Todavía, los púberes y adolescentes, por ejemplo: siguen siendo dependientes de sus papás como un modelo estable y seguro del cual pueden indagar y descubrir el mundo, inician la búsqueda de cercanía con sus pares y los usan como refugios seguros en momentos de desesperación y preocupación. Hay evidencias de que, al arribar a una era adulta, la mayoría de individuos organizan su conducta de apego en torno a sus compañeros (por ejemplo, amigos y parejas sentimentales) en lugar de a sus progenitores (56).

De acuerdo a la teoría inicial de Bowlby, se distinguen dos formas en las que se presenta el apego: seguro e inseguro. De acuerdo a la presentación de eventos y experiencias de un individuo, se presentará una interacción ambiente-anatómico-químico como respuesta a activación de diversos sistemas conductuales como conductas exploratorias o de apego o en forma de respuesta al estrés desde procesos arcaicos cerebrales o de orden inferior (52). Se considera que, si estas conductas son adecuadas, como en el caso del apego seguro, se interpretará posteriormente en la formación de relaciones con otros individuos y que son estables y con un patrón de conducta óptimo socialmente. Sin embargo, si el procesamiento es inadecuado, se traducirá en una activación de las funciones de orden superior ineficiente, causando un patrón de conducta inadecuado a causa de una alteración progresiva en la conducta inhibitoria y de autorregulación, traduciéndose finalmente en la formación de relaciones inestables y/o abusivas en contra del propio individuo. Ello finalmente podría desencadenar el desarrollo de trastornos ansioso depresivos en el individuo (57).

Diversos autores mencionan la intervención en la presentación de estos cuadros con alteraciones a nivel de circuitos dopaminérgicos y de péptidos como opioides endógenos y oxitocina. Respecto a esta última, se conoce que la oxitocina influye sobre comportamientos de apegos, presentándose alteraciones en su actividad al presentarse un estilo de apego inseguro en lugares como la amígdala (58).

- 4.3.1. **El apego seguro:** este se configura en la etapa de la niñez, tomando como punto de inicio el esmero y atención del cuidador o los padres y la respuesta que dan ante las necesidades primarias del niño. La persona con apego seguro se muestra seguro de sí mismo; se relaciona bien con los demás, creando lazos de seguridad y estabilidad. Este tipo de apego se ve enlazado con la forma de adaptación, y la presencia de habilidades emocionales y sociales. Según Gonzalez et al, de manera contraria el apego seguro tiene una poca probabilidad de acrecentar o generar trastornos psicológicos o alteraciones de la personalidad y consumo de sustancias. Individuos que se desarrollan dentro de este ambiente de seguridad y confianza tienden a desarrollar una habilidad adaptativa al

momento de requerir regular emociones frente a situaciones negativas relacionadas al afecto (59).

4.3.2. **El apego inseguro** es un vínculo poco fortalecido dado que hubo falta de una relación estable y armoniosa, se dieron falta de cuidados al niño por parte de sus figuras paternas, tutores o alguna figura de autoridad y cuidado. Verhees et. al mencionan que el apego inseguro se constituirá como un punto importante a tomar en cuenta en la predicción de un síndrome depresivo, pudiendo basarse en la inseguridad reflejada en los individuos con cuidadores carentes de sensibilidad o con una disponibilidad impredecible (54). Se menciona que la severidad de este tipo de apego se relacionaría con una amígdala e hipocampo aumentados de volumen, así como en la alteración de ganglios basales, la corteza prefrontal y parietal y a nivel de la corteza cingulada anterior dorsal y la circunvolución temporal media, lo que se relaciona principalmente con tareas que incluyan sistemas de recompensa o con la regulación de la cognición social (60). Asimismo, Bowlby precisó que un quiebre para el individuo de un vínculo significativo se relacionaría posteriormente con la presentación de un trastorno depresivo, y que la separación o amenazas de esta reiteradamente con un vínculo de apego significativo pre dispondría a un cuadro ansioso. Investigaciones posteriores mencionan que un estilo de apego inseguro tiene nexos con una mayor gravedad en un trastorno depresivo con complicaciones como la presentación de ideación y/o conducta suicida, mala adherencia al tratamiento y recaídas frecuentes (52). Asimismo, la mayor activación a nivel de la corteza parietal al procesar memorias de relevancia emocional y reducción nivel del cuerpo calloso, sobre todo de materia blanca, se traduciría en excitación, desregulación emocional, deterioro cognitivo y mayor predisposición a presentar cuadros depresivos o ansiosos. Otros sistemas afectados descritos en la literatura incluyen el sistema nervioso autónomo, depresión inmunitaria y aumento de la respuesta a nivel del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (61). Se mencionan 3 tipos a distinguir dentro del apego inseguro basado en las características definitorias del individuo:

- 4.3.2.1. **Apego inseguro evitativo**: Este se distingue por el miedo y ausencia de seguridad al establecer relaciones cercanas y profundas por temor a salir malherido o ser no aceptado. Este apego tiene relación con la habilidad que la persona desarrolla para generar lazos con las personas aledañas, los vínculos cercanos frustran el progreso de la capacidad de autonomía y emancipación (60).
- 4.3.2.2. **Apego inseguro ansioso ambivalente**: la peculiaridad primordial de este tipo de apego es el miedo al abandono, desarrollan una inseguridad constante. Se ha identificado una deficiencia de

control de emociones, sentimientos de rechazo y a la vez supeditación, que se genera porque el individuo no ha podido generar una conexión entre las vivencias emocionales y afectivas con sus padres o cuidadores (62).

- 4.3.2.3. Apego inseguro desorganizado: este está vinculado al maltrato y problemas psicológicos. Todo esto genera episodios constantes de ansiedad, y en relación al futuro comportamientos que desencadenan consumo de sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo e incapacidad de construir relaciones afectivas.

Para valorar estilos de apego se tiene como base el Cuestionario de Apego en Adultos: Cartes Modeles Individuels de Relation (CaMir) de Pierrehumbert (63).

Una singularidad de suma importancia en la teoría del apego es la probabilidad de que una conducta de apego se elabora a través de un sistema de vigilancia y control en el sistema nervioso central, incluyendo los sistemas de vigilancia fisiológica que mantiene dentro de medidas normales muchos procesos fisiológicos, como la tensión arterial y la temperatura corporal. Es de esta manera, que se plantea el sistema de control del apego establece el nexo de un individuo con su figura de apego, con límites de distancia y accesibilidad, haciendo uso de estrategias sofisticadas de una comunicación asertiva y clara (62).

Otra consigna principal a tratar en el apego es el rol que juegan los cuidadores o padres de un individuo en el modo que este evoluciona y se desarrolla. Actualmente hay evidencias impresionantes de que la pauta de apego que una persona genera durante etapas tempranas de la vida que abarcan hasta el periodo de la adolescencia; están influenciadas ampliamente por el modo en el que las figuras paternas lo tratan.

Se debe considerar proveer la naturalidad de las condiciones en las que el individuo pueda buscar los patrones principales de uno mismo y de sus figuras de apego con el objetivo de lograr una re evaluación y lograr una reestructuración en relación a su manejo y soporte del personal médico (64).

4.4. CaMir-R EVALUACIÓN DEL APEGO

El instrumento denominado Cartes, Modèles Individuels de Relation (CaMir), es un cuestionario tipo autoinforme para tener acceso a los moldes operativos internos en personas adultas. El instrumento está realizado en formato Q-Sort, constando de 72 ítems y su aplicación dura aproximadamente 30 minutos. Otorga un puntaje de acuerdo a trece dimensiones que tienen un nexo a los tipos de apego e, inclusive, da puntuaciones en cada uno de los tipos de apego (65).

Se desarrolló una versión reducida de este cuestionario denominado CaMir-R, el cual considera 7 aspectos o dimensiones que incluyen representaciones de la estructura familiar (2) y del apego (5), siendo las últimas basadas en las características de un apego seguro, evitativo, ansioso y desorganizado. Estas dimensiones incluyen:

seguridad, preocupación familiar, interferencia de los padres, autosuficiencia, traumatismo infantil, autoridad y permisividad parental. Actualmente se considera como una herramienta con adecuadas características psicométricas de acuerdo a estudios realizados en población principalmente adolescente con resultados que asemejan a aquellos obtenidos a partir del modelo original y de otros cuestionarios como el Young Self Report (YSR), y que posteriormente se ha introducido como método para evaluación de población adulta. De acuerdo a los autores de este cuestionario de evaluación de apego, un tipo de apego inseguro basado en las dimensiones de traumatismo infantil, autosuficiencia e interferencia se considera como un factor de riesgo psicopatológico, mientras que un apego seguro reflejado en la consigna de “Seguridad” se trataría de un factor protector para el individuo (66).

Es muy rentable para poder estimar las interpretaciones de estilos de apego y de la organización interna del núcleo familiar a través de una aplicación más veloz, sencilla y eficaz. Los resultados que se obtienen dan a conocer que el CaMir-R tiene adecuadas cualidades psicométricas con el fin de estimar las diferentes interpretaciones de los diferentes tipos de apego en jóvenes y adultos. No obstante, este instrumento cuenta con limitaciones propias vinculadas a la realización de un tipo de autoinforme retrospectivo (67).

Entonces, de acuerdo al número de consignas que forman parte de cada dimensión, cada una tiene una consistencia interna adecuada y estabilidad temporal. Es así, como este instrumento logra evaluar de manera razonable y congruente lo esencial en las representaciones de los diferentes estilos de apego (68).

4.5. EVENTOS ADVERSOS VITALES

Un hecho, suceso o evento vital involucra los acontecimientos e incidentes que toman gran importancia en el quehacer diario de las personas, y que se consideran como importantes para su desarrollo y evolución, como sucesos que marcan un antes y un después (la defunción de un pariente cercano, el abandono escolar, mudanza). Es un fenómeno individual, social, económico, familiar y psicológico; que genera intransigencia a nivel social o alteración psicológica de uno mismo. De acuerdo al CIE-10, un evento adverso o traumático considerado dentro del espectro de trastorno por estrés post traumático, se define como aquel evento o incidente estresante de corta o largo intervalo de duración de naturaleza catastrófica o riesgosa que es capaz de ocasionar temor o preocupación en cualquier individuo (69).

Los elementos necesarios para ser considerados eventos vitales adversos son: la apreciación como algo negativo o que no se desea, y la coyuntura unida o fuertemente relacionada a una variación importante y esencial. Por tanto, la indagación de acontecimientos vitales estresantes constituye una buena herramienta para la identificación de problemas psicosociales, en especial en individuos con factores de riesgo, con múltiples adicciones y varias alteraciones en su estado de salud (70).

Se considera que los eventos adversos o traumáticos presentados a edades tempranas, sobre todo la etapa de la niñez, serían más perjudiciales en comparación con aquellos

experimentados en etapas posteriores, bajo la propuesta de que en los niños se presenta menor capacidad para generar una respuesta adecuada frente a eventos negativos y por tanto mayor predisposición a trastornos en el desarrollo cerebral y a patología psiquiátrica (71). Un estudio realizado entre 3400 niños, púberes y adolescentes noruegos, así como 747 estadounidenses durante el 2023 sugiere que el deterioro funcional presentado en esta población tras la exposición a eventos adversos incrementa en aquellos niños que poseen mayor reactividad a señales fisiológicas y psicológicas, además de irritabilidad, problemas de concentración, evitación de pensamientos y/o sentimientos, así como hipervigilancia en algunos casos (72).

Existe evidencia del impacto de los eventos adversos sobre una mayor predisposición a desarrollar trastornos como depresión, ansiedad, estrés, trastorno por consumo y abuso de sustancias, trastornos alimenticios, entre otros. Aquellos individuos que presentan síntomas de “adormecimiento” emocional tal como anhedonia, desinterés en actividades, desapego a terceros tras experimentar eventos adversos presentan patrones similares a los que se evidencian en pacientes con depresión. Los autores indican que esto se evidencia de con dos tipos de cognición: a) negativa, que desemboca en deterioro progresivo significativo que conlleva a presentar un cuadro depresivo; y b) con hiperexcitación o hiperactivación, quienes presentan sintomatología asociada a la presentación de depresión o ansiedad, como dificultad para la conciliación y mantenimiento del sueño, irritabilidad, problemas en la concentración, y otros (73). De acuerdo a los hallazgos mencionados, se sugiere que la relación entre patología psiquiátrica (trastorno ansioso-depresivo y síndrome por estrés postraumático) sin un evento adverso o trauma específico causaría un mayor impacto y un mayor deterioro a nivel cognitivo en los individuos que los presentan.

Un estudio realizado en población adulta de un centro psiquiátrico en Johannesburgo, Sudáfrica, halló que por cada evento adverso/traumático considerado en el estudio, se presentó un incremento de 8% de riesgo de desarrollar ansiedad; y de un 12% a 16% de presentar depresión en individuos sometidos a estos eventos adversos durante etapas tempranas de su desarrollo. Agregado a ello, los autores proponen que la vivencia de eventos adversos o traumáticos durante la adultez representaría un riesgo similar para la presentación de estos trastornos, así como de otras patologías psiquiátricas e incluso físicas como consecuencia de la gravedad de estos eventos (5).

Por otro lado, se evidenció que la prevalencia de presentación de eventos traumáticos en población nacida entre 1994 - 1995 en Wales, Inglaterra, a la edad de 18 años, alcanzaba un 31.1% de la muestra considerada, siendo la edad promedio de presentación de uno o más de estos eventos a los 15 años (68). En esta población se halló que el tipo más repetitivo de evento adverso con un 27.9% no se presentó directamente en el individuo, sino en alguien del medio cercano del participante, a través del cual conocieron detalladamente el evento, resultando en alteraciones en la salud mental del individuo. Este tipo de evento adverso ha sido denominado por algunos autores como “evento interpersonal”. A ello le siguió la categoría en la que el mismo participante es expuesto al trauma (evento personal) incluyendo eventos como agresión, amenaza interpersonal directa, enfermedad y/o accidentes (74).

Datos similares se encontraron en un estudio realizado en el 2012 en comunidades aborígenes en Australia, donde se destaca la trascendencia de eventos adversos/traumáticos a lo largo de la historia de estas comunidades y su influencia sobre la presentación de trastorno por estrés postraumático y patología secundaria a abuso de sustancias tras la exposición propia y de individuos del círculo cercano (p.ej. familiares directos) a eventos como muerte, asesinatos, secuestro de personas, entre otros (75). De acuerdo a esta investigación, un 97.3% de la población estudiada, constituida por 221 participantes de comunidades indígenas de entre 18 y 65 años, estuvo expuesta a eventos traumáticos, entre los que un 20% presentaba compatibilidad con cuadros de depresión mayor recurrentes y un 2.3% de un episodio aislado en base a los criterios del DSM 4 para su valoración. Asimismo, del total de la muestra un 96% consumía bebidas alcohólicas, dentro de los cuales 73.8% presentaba criterios de alcoholismo y trastorno por consumo de sustancias, dependencia y abuso de estas (75).

Cabe mencionar el contraste de estos datos con los de otros estudios, en los cuales se considera el impacto de eventos adversos experimentados por el mismo individuo sobre la psicopatología de diversos trastornos (depresión, ansiedad, estrés post traumático) más no sobre aquellos experimentados a través de terceros, evidenciando cierta limitación al momento de evaluar la trascendencia de estos eventos adversos ya sea por la subjetividad del examinador y/o herramienta empleada para su estudio, o por la influencia del medio y la valoración de eventos adversos relevantes de acuerdo a ello (76).

5. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

5.1. A NIVEL INTERNACIONAL

- **Autor:** Vivian N. Onaemo
Título: Risk of suicide ideation in comorbid substance use disorder and major depression
Resumen: Este estudio proporciona evidencia adicional del riesgo asociado de ideación suicida entre personas que tienen trastornos adicionales por uso excesivo de alcohol, marihuana, trastornos por uso de sustancias psicoactivas con depresión mayor. Los sujetos de estudio fueron participantes de la Encuesta del estado canadiense, 2012 Mental Health, N = 25 113, tasa de respuesta = 86.3%. La encuesta incluyó a individuos de 15 años o mayores y habitantes en una de las diez provincias canadienses (77).

- **Autores:** Andreas Schindler, Peter-Michael Sack
Título: Exploring Attachment Patterns in Patients With Comorbid Borderline Personality and Substance Use Disorders
Resumen: Este estudio transversal y naturalista explora los modelos de apego en un muestreo de individuos con otras patologías como Borderline y trastorno por uso de sustancias, cotejando con 2 grupos de pacientes con dichas

patologías. Las comparaciones entre grupos mostraron que los individuos que fueron la población del estudio estaban significativamente menos preocupados ($p = 0,018$) y más evitativos ($p = 0,030$). A pesar de que en ambos grupos eran iguales en muchas medidas psiquiátricas, los patrones de apego del grupo de personas con una patología eran más parecidas a los pacientes con abuso de sustancias frente a pacientes con TLP (78).

- **Autor:** Michaela Hiebler-Ragger , Human-Friedrich Unterrainer
Título: The Role of Attachment in Poly-Drug Use Disorder: An Overview of the Literature, Recent Findings and Clinical Implications
Resumen: Este estudio tuvo como objetivo explorar más a fondo la relevancia del apego en usuarios con uso excesivo de sustancias y su tratamiento. Basado en los resultados mostrados enfatizan la conceptualización del trastorno por uso de sustancias como un trastorno de apego, tanto a nivel conductual como neuronal. Además, se señala la importancia de un enfoque biopsicosocial integrado en esta área de investigación (79).
- **Autores:** Catharine Fairbairn, Daniel Briley, Dahyeon Kang, Chris Fraley, Benjamin Hankin, Talia Ariss
Título: A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security
Resumen: Esta investigación se fundamenta en la relación de vínculos interpersonales estrechos y el uso de sustancias y las alteraciones asociadas con las mismas. Las conclusiones dan a conocer una asociación prospectiva significativa del apego temprano y el uso posterior de sustancias; además, se calcularon coeficientes cruzados que indican que una menor seguridad en el apego precede temporalmente a aumentos en el uso de sustancias. Estos hallazgos sugieren que el apego no seguro puede ser un causal de vulnerabilidad para el uso de diversas sustancias e indican que la calidad de la relación cercana es una línea de investigación prometedora en la investigación sobre la exposición dañina al uso de sustancias (80).
- **Autores:** Yvonne Gómez Maqueta, José David Ángel, Catalina Cañizares, María Claudia Lattig, Diana María Agudelo, Álvaro Arenas, Eugenio Ferro
Título: El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el Trastorno Depresivo Mayor
Resumen: En la presente investigación se tuvieron casos y controles de 120 pacientes del servicio de psiquiatría y 120 personas del público. Se usó una serie de preguntas estructuradas y el formulario de Sandín y Chorot de Sucesos Vitales. Añadiendo como resultados finales que la presencia de eventos adversos es importante en el desarrollo del trastorno depresivo mayor, más aún al valorar el control que se da frente a los eventos vitales (76).

5.2. A NIVEL NACIONAL

- **Autor:** Cañari Blas, Nicole Haydee
Título: Consumo de sustancias psicoactivas y estilos de apego en estudiantes universitarios
Resumen: Se realizó una analítica de la asociación de los estilos de apego y el consumo de sustancias en una población de doscientos cincuenta personas que conforman la educación superior de sexo masculino y femenino, se les realizó una Prueba que buscaba encontrar y determinar el consumo de alcohol, tabaco y diversas sustancias (ASSIST) y el Cuestionario de Relación. Las conclusiones revelaron una asociación positiva entre el apego no seguro y el uso excesivo de drogas, en especial; alcohol, tabaco y marihuana (81).
- **Autor:** Rosa Chávez, Consuelo Luna, Sandra Mendoza, José Jacinto, Lucy Correa
Título: Factores asociados a ideación suicida en pacientes de un hospital en Perú
Resumen: Se realizó el estudio en 201 usuarios que recibieron atención dentro del servicio de psiquiatría - consultorio externo- del Hospital María Auxiliadora. Se encontraron como factores relacionados a ideación suicida: la edad (jóvenes), ser varón, consumo excesivo de drogas, alcohol y tabaco ($p < 0,05$); y además en la realización de un examen multivariado sólo se relaciona el uso de drogas. Por lo cual se concluyó que el empleo de sustancias psicoactivas está vinculado a ideas suicidas de usuarios que recibieron atención en el nivel de atención III-2 (82).
- **Autor:** Bustamante Bustamante Sebastian, Carrillo Chu Andrea Patricia
Título: Relación entre el sentido de vida e ideación suicida en varones que consumen sustancias psicoactivas
Resumen: El estudio identificó la asociación de la capacidad de gozar vivir y las ideas suicidas en individuos del sexo masculino que consumían drogas. Se tuvo una muestra de 151 varones en edad adulta (18 a 62 años) con consumo de drogas y que eran parte de 2 centros de rehabilitación en Lima. Se usó un test que evalúa el sentido de la vida y la escala suicida de Beck. Concluyendo que hay una asociación negativa significativa (83).
- **Autor:** William Cabanillas-Rojas
Título: Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención
Resumen: Se realiza una descripción del progreso del alcohol y su consumo en estudiantes de ambos sexos en las secundarias, en el lapso del 2007 al 2017; se resalta en los resultados la disminución de las diferencias entre el uso entre varones y mujeres. Y se realizan sugerencias con el propósito de ampliar la accesibilidad y calidad a las estrategias preventivas en el lado académico, relacionadas al género, evolución conjunta con los contenidos, realización

de protocolos y manuales para el tratamiento específico de jóvenes, y mejoramiento de la articulación intersectorial con el fin de disminuir el uso de alcohol en menores de 18 años (84).

- **Autor:** Dávila Villalobos, Yraida Andrea
Título: Riesgo suicida en internos drogodependientes que asisten a un Centro de Rehabilitación en Chiclayo, 2019
Resumen: Se utilizó una serie de preguntas pertenecientes a la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en una muestra de 125 internos varones de un centro de rehabilitación, encontrándose que el 38% pacientes con dependencia a drogas en centros con intervenciones para problemas con adicciones presentan tendencias suicidas, presentándose con mayor incidencia en pacientes de entre 20 a 40 años (85).

5.3. A NIVEL LOCAL

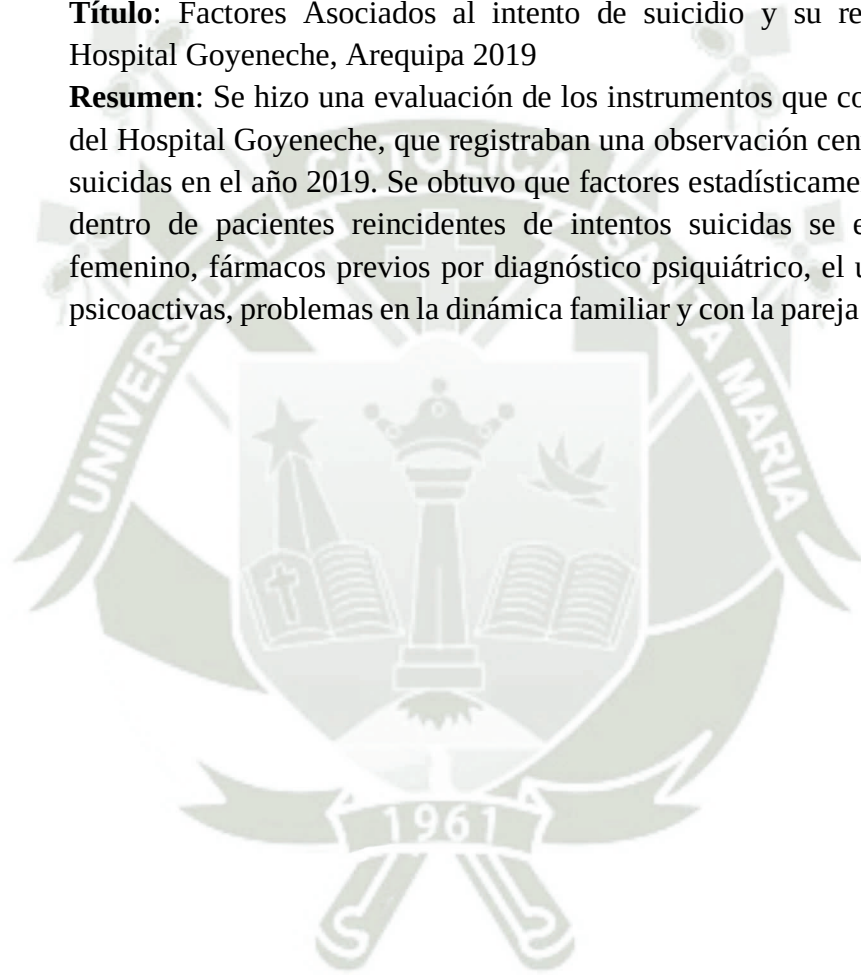
- **Autor:** Martínez Jorge, Peláez Andrea
Título: Esquemas precoces desadaptativos y consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en estudiantes de educación universitaria
Resumen: El objetivo fue encontrar la asociación de los esquemas poco adaptativos tempranos y la posibilidad de uso de drogas en los escolares de pre grado de la UCSM en el año 2019. Se usó una muestra de 442 universitarios pertenecientes a diversas facultades, de ellos, un 58.1% eran mujeres y 41.9% eran varones. Se usaron instrumentos como la ficha que evalúa características sociodemográficas, el cuestionario de Young y la prueba que determina el nivel de consumo de tabaco, sustancias y alcohol. Se dieron a conocer 40 asociaciones estadísticamente significativas entre algunas estrategias poco adaptativas tempranas y el consumo de drogas; además resaltaron dentro de ellas el riesgo de uso del alcohol y el abuso de anfetaminas (86).
- **Autor:** Olarte Gamarra, Paola
Título: Perfil Sociodemográfico, Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Su Asociación Al Nivel de Consumo de Alcohol, en Estudiantes Adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015
Resumen: Se encuestaron 200 adolescentes, de ellos ciento noventa y tres realizaron el llenado correcto de las encuestas otorgadas. Obteniéndose finalmente una asociación de los vínculos familiares que se presentaban, es una estadística significativa, y como resultado entre el nivel de conexiones familiares y el grado de uso excesivo de alcohol, y frente a esto se expuso una asociación estadística significativa (87).
- **Autor:** Rodríguez Parra Fera, Juan Ricardo Manuel
Título: Factores asociados a la ideación suicida en estudiantes del programa de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa 2019

Resumen: Se realizó un estudio aplicando encuestas en personas de los dos primeros años de la escuela de Psicología, que comprendía el Apgar Familiar, la Escala de Beck, Escala de Birlenson como instrumentos para recoger datos sobre características sociodemográficas y antecedentes de abuso o maltrato, obteniéndose como resultado que del total de estudiantes, el 38.40% presentaba ideación suicida; y que el sexo masculino, la disfunción familiar, depresión, episodios de maltrato físico y ser víctimas de abuso sexual serían factores de riesgo directamente relacionados con la ideación suicida (88).

- **Autor:** Quispe Condori, Merian del Rosario

Título: Factores Asociados al intento de suicidio y su reincidencia en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2019

Resumen: Se hizo una evaluación de los instrumentos que comprenden fichas del Hospital Goyeneche, que registraban una observación centinela de intentos suicidas en el año 2019. Se obtuvo que factores estadísticamente significativos dentro de pacientes reincidentes de intentos suicidas se encontró el sexo femenino, fármacos previos por diagnóstico psiquiátrico, el uso de sustancias psicoactivas, problemas en la dinámica familiar y con la pareja sentimental (89).



CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL



1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. TÉCNICAS

El estudio fue realizado en base a la aplicación de cuestionarios en base a:

- Encuestas
- Entrevista directa a los pacientes

1.2. INSTRUMENTOS

- **CaMir-R [3] para la evaluación del apego:** Los 13 puntos que considera este cuestionario y que poseen un puntaje para cada tipo de apego incluyen: Interferencia parental (IP), Preocupación familiar (PF), Resentimiento de infantilización (RI), Apoyo parental (AP), Apoyo familiar (AF), Reconocimiento de apoyo (RA), Indisponibilidad parental (IP2), Distancia familiar (DF), Resentimiento de rechazo (RR), Traumatismo parental (TP), Bloqueo de recuerdos (BR), Demisión parental (DP) y Valoración de la jerarquía (VJ). Las escalas IP, PF y RI se relacionan con el apego ansioso; AP, AF y RA del apego seguro; IP2, DF, RR del apego evitativo; TP y BR se relacionan con la no resolución del apego; y DP y VJ con la estructura en la que se basa el entorno familiar del individuo (65).
- **Escala de Beck para ideación suicida:** compuesto por 21 enunciados, cada uno de los cuales evalúa varios aspectos de la ideación suicida. Cada grupo consta de tres oraciones que describen diferentes intensidades de ideación suicida, lo que representa un rango de 0 a 2. El puntaje final varía de 0 a 38, y las sumatorias más altas se traducen en un mayor riesgo de suicidio. Ha sido demostrado que la sumatoria superior a 9 puntos es un punto de corte con una adecuada predicción para la presencia de intento o conducta suicida (49).
- **Escala de eventos adversos vitales (SRRS):** engloba cuarenta y tres sucesos vitales, que según Holmes y Rahe mostraron como circunstancias estresantes que anteceden una patología. Ha sido establecido que el individuo presenta una mayor probabilidad de padecer algún trastorno psicosomático en caso de que la sumatoria sea mayor o igual a 200 durante el periodo de 12 meses, lo que ha sido relacionado con el incremento sobre la incidencia de patología psiquiátrica (76).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

Perú, departamento de Arequipa, provincia de Arequipa, distrito Cercado; dentro del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza: servicio de Psiquiatría.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Julio 2023 a febrero del 2024

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Usuarios de las diferentes áreas del plantel de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con el diagnóstico definido de trastorno por consumo de sustancias (tabaco, alcohol, marihuana, opioides y/u otros) en el año 2023-2024

2.3.1. **Población.** Pacientes con edades comprendidas entre 18 a 65 años con el diagnóstico establecido de trastorno por consumo de sustancias del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

2.3.2. **Muestra**

➤ Tamaño de Muestra

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q} =$$

N= Tamaño de población

Z= Nivel de confianza

P = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado

q= probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

➤ Técnica de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia. Para una población total de 117 pacientes, a una confiabilidad del 95%, un margen de error del 5% y una heterogeneidad del 50%, se obtuvo una muestra de 90 participantes.

➤ Criterios de inclusión

- Edad: rango de 18 a 65 años
- Sexo: masculino, femenino
- Tiempo de enfermedad > 6 meses
- Sustancias de dependencia consumidas: marihuana, opioides, alcohol, alucinógenos
- Diagnóstico establecido de trastorno por consumo de sustancias de acuerdo a criterios del DSM-V

➤ Criterios de exclusión

- Edad > 65 años
- Síndrome de abstinencia en curso
- Trastornos psiquiátricos inducidos

➤ Trastornos mentales orgánicos

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- Aprobación tras la valoración del proyecto de investigación. Se realizaron las modificaciones sugeridas por el asesor y se inició la aplicación de este
- Se realizó la solicitud del permiso para el acceso a los pacientes, historias clínicas y contacto familiar de ser necesario
- Se validó el permiso otorgado por la Gerencia Regional de Salud (GERESA), y por el propio servicio de psiquiatría
- Aproximación a los pacientes en los distintos sectores del servicio de Psiquiatría para aplicar los cuestionarios a aquellos que encajaban dentro de los criterios de inclusión del análisis para la investigación. Asimismo, se dejaron algunos cuestionarios a médicos del plantel psiquiátrico que hayan aceptado voluntariamente aplicar estos en el área de Consultorio Externo del servicio de Psiquiatría
- Se otorgó y explicó al paciente un consentimiento informado, tras lo cual se esperó la aprobación por parte del mismo y su firma respectiva
- Aplicación de los cuestionarios, explicando de manera detallada cómo resolverlos y predisposición a resolver dudas
- Se continuó con el análisis de las valoraciones de cada cuestionario, amplificando esto en gráficas estadísticas tras su interpretación
- Se analizó en conjunto los resultados obtenidos, planteando las conclusiones pertinentes
- Presentación de la tesis final

3.2. RECURSOS

3.2.1. **Humanos**

- Investigadoras: Milagros Arianela Choque Lazo y Maria Luciana Cortez Gamboa
- Médicos del plantel psiquiátrico

3.2.2. **Materiales**

- Impresora
- Hojas de papel bond
- Cuestionarios impresos
- Fólderes
- Bolígrafos
- Tampón de tinta
- Carnet de identificación como investigadoras

- Computadora para registro de datos

3.2.3. De financiación

Autofinanciado

3.3. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

- **Validación de la Escala de Beck:** Un estudio realizado entre 314 estudiantes noruegos de nivel universitario valoró el uso de esta escala y fue administrada de forma autónoma, en la cual se halló el valor de α de Cronbach = 0.8, así como una confiabilidad test = 0.74, significativa de consistencia interna adecuada y un nivel considerable de estabilidad temporal respectivamente.
Por otro lado, se menciona que la aplicación unidimensional de esta escala basada en sus 21 ítems tendría un valor más alto de acuerdo al coeficiente omega ($\omega = .929$) que en relación a una aplicación bidimensional ($\omega = .685$), por lo cual psicométricamente y bajo la aplicación del manual original se considera como una herramienta adecuada para cuantificar y valorar a pacientes dentro de la población de nuestro país (91).
- **Validación de CaMir:** Una investigación hecha en la región de Lima, Perú por Noblega y Traverso demostró que se encontraron niveles de confiabilidad adecuados, con un α entre 51 y 84 tras la valoración de grupos de ambos sexos de diferentes niveles socioeconómicos (medio y bajo) empleando la herramienta del CaMir (92).
- **Escala de eventos vitales adversos:** Los valores de confiabilidad descritos en la literatura describen valores de entre 0,68 y 0,83 durante el año 2018 (76). Esta escala posee un $\alpha \geq 70$, lo que se traduciría en un grado de consistencia interna apropiado (93). Otros estudios a nivel Latinoamericano mencionan que esta escala posee un valor de alpha de Cronbach equivalente a 0.8501 que se traducirá en un buen nivel de confiabilidad (94).

3.4. CRITERIOS ÉTICOS

- El presente estudio fue valorado y posteriormente aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Católica de Santa María, considerando un peligro mínimo para los voluntarios que serán parte del proyecto siempre y cuando se proteja la privacidad de la data recolectada.
- Se realizó el estudio en pacientes que, tras la explicación del objeto de la investigación, accedieron de forma voluntaria a participar. Además, previo a responder a los cuestionarios, firmaron el consentimiento informado explayado por las investigadoras.

3.5. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS

Se realizó una analítica con el uso de software R en base a lo obtenido de la y evaluado a través de las escalas presentadas.

3.5.1. **Plan de recolección de datos**

Se entrevistó y se aplicaron la escala de Beck para valorar la idea suicida, la escala de eventos adversos vitales y el CAMIR-R en forma de encuestas y entrevista a 93 pacientes de las distintas áreas del plantel psiquiátrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del 25 de octubre del 2023 al 20 de enero del 2024 que reunían los requisitos establecidos por los criterios de inclusión.

Inicialmente se identificaron a los pacientes en las áreas del servicio, explicando la intención y orientación de la investigación para obtener posteriormente la firma del consentimiento informado, procediendo con la explicación de los instrumentos a los participantes para que estos los completen de forma escrita y/o verbal de acuerdo a su condición dentro del servicio. Se identificaron 117 pacientes en total durante el periodo descrito, de los cuales 6 se trataban de menores de edad, 8 presentaban síndrome de abstinencia en curso al momento de la evaluación, y 10 se negaron a participar; motivo por el que fueron excluidos del estudio. Finalmente, se consiguió una muestra de 93 pacientes que respondieron a los instrumentos.

En primera instancia se identificaron variables sociodemográficas (sexo, edad y sustancia consumida) en base a la entrevista al paciente y la revisión previa a la evaluación del historial médico disponible del mismo paciente.

Ulteriormente se aplicaron los instrumentos en el siguiente orden: 1) Escala CaMir-R para evaluación del estilo de apego, 2) escala de Beck para valoración de la idea suicida y 3) escala de eventos adversos vitales. Dado que se supervisó el llenado de los instrumentos de cada paciente, no hubo necesidad posterior de descartar muestras al dirigir la entrevista hacia los elementos no comprendidos o no llenados.

3.5.2. **Plan de procesamiento de datos**

Se analizó cada escala, teniendo en cuenta su respectiva puntuación y valoración, además se usó según sea necesario (escala CaMir) una tabla de Excel modificada de acuerdo a la interpretación estándar. Para las diferentes variables categóricas, se hizo una analítica descriptiva detallando porcentajes y frecuencias tanto absolutas como relativas. Tras ello, empleando el software R se realizó el análisis estadístico.

Se hizo uso de la prueba exacta de Fisher o prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado independiente para efectuar un análisis bivariado según el número de observaciones encontradas para cada

variable. Además, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman entre las variables categóricas ordinales para determinar el grado de correlación entre tales categorías. Finalmente, para evaluar hacia dónde se dirige cada variable y su magnitud, se realizaron modelos de regresión logística bivariado. A su vez, para cada modelo se obtuvieron la cuantificación de Odds Ratio y los cálculos de intervalos de confianza calculados a partir del elemento anteriormente descrito. Los resultados considerados en nuestro estudio como significativos fueron aquellos con un valor $p < 0.05$.





CAPÍTULO III

1. RESULTADOS

En total se incluyó a 93 participantes del servicio de Psiquiatría para realizar el estudio planteado.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con consumo de sustancias del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa, Perú en el periodo del 2023-2024 (N =93).

Características	N = 93	
	N	%
Sexo		
Femenino	31	33.3
Masculino	62	66.7
Edad		
18-25	34	36.6
26-55	53	57.0
56-65	6	6.5

Se encontró que el 66.7% del total de participantes eran del sexo masculino, mientras que un tercio de la muestra era femenina. El 57% de los pacientes tenían una edad de entre 26 a 55 años.

Tabla 2. Características del consumo de sustancias de los pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa, Perú en el periodo del 2023-2024 (N =93).

Sustancia de dependencia consumida	N	%
Alcohol	77	82.8
Cocaína	18	19.4
Marihuana	32	34.4
Tabaco	10	10.8

Benzodiacepinas	3	3.2
Ketamina	2	2.2
Terokal	3	3.2
Número de sustancias usadas	N	%
Una sustancia	4	4.3
Dos o tres sustancias	83	89.2
Cuatro a más sustancias	6	6.5

Las sustancias de dependencia consumidas más frecuentes fueron: alcohol (82.8%), marihuana (34.4%) y cocaína (19.4%). Además, se evidenció que el 89.2% de pacientes consumían de dos a tres sustancias diferentes.

Tabla 3.- Prevalencia de los Estilos de Apego en pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa, Perú en el periodo del 2023-2024 (N=93)

Estilo de Apego (Escala CaMir)	N	%
Seguro	23	24.7
Inseguro ansioso	18	19.4
Inseguro desorganizado	27	29.0
Inseguro evitativo	25	26.9

Las categorías más frecuentes de estilo de apego en base a la escala CaMir encontradas entre los participantes incluidos fueron inseguro desorganizado (29%), seguido por el estilo inseguro evitativo (26.9%).

Tabla 4.- Prevalencia de rango del puntaje obtenido de acuerdo a la Escala de Beck para Ideación Suicida en pacientes con consumo de sustancias del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa, Perú en el periodo del 2023-2024 (N=93)

Ideación Suicida (Puntaje Escala de Beck)	N	%
0-3	56	60.2
4-8	7	7.5
9-14	12	12.9
15-20	18	19.4

Sobre la ideación suicida, el 32.3% de los pacientes presentó una puntuación mayor a 9 puntos en la Escala de Beck para valorar Ideación Suicida, mas el 60.2% presentó un puntaje dentro del rango menor.

Tabla 5.- Prevalencia de los rangos de puntaje obtenidos tras la evaluación de Eventos Adversos Vitales en pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa, Perú en el periodo del 2023-2024 (N=93)

Eventos adversos vitales	N	%
0-150	2	2.2
150-300	35	37.6
>300	56	60.2

Respecto a la escala de eventos adversos vitales, el 60.2% tuvo una puntuación mayor a 300.

Tabla 6. Asociación entre ideación suicida con sexo y edad en pacientes con consumo de sustancias del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa, Perú en el periodo del 2023-2024 (N =93)

	Ideación Suicida (Puntaje Escala de Beck)				p-value
	0-3 N = 56	4-8 N = 7	9-14 N = 12	15-20 N = 18	
Sexo					0.8
Femenino	17 (54.8%)	2 (6.5%)	5 (16.1%)	7 (22.6%)	
Masculino	39 (62.9%)	5 (8.1%)	7 (11.3%)	11 (17.7%)	
Edad					0.4
18-25	17 (50.0%)	3 (8.8%)	7 (20.6%)	7 (20.6%)	
26-55	34 (64.2%)	3 (5.7%)	5 (9.4%)	11 (20.8%)	
56-65	5 (83.3%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y el sexo ($p = 0.8$), ni con la edad ($p = 0.4$).

Tabla 7. Distribución del estilo de Apego según la ideación suicida (N =93)

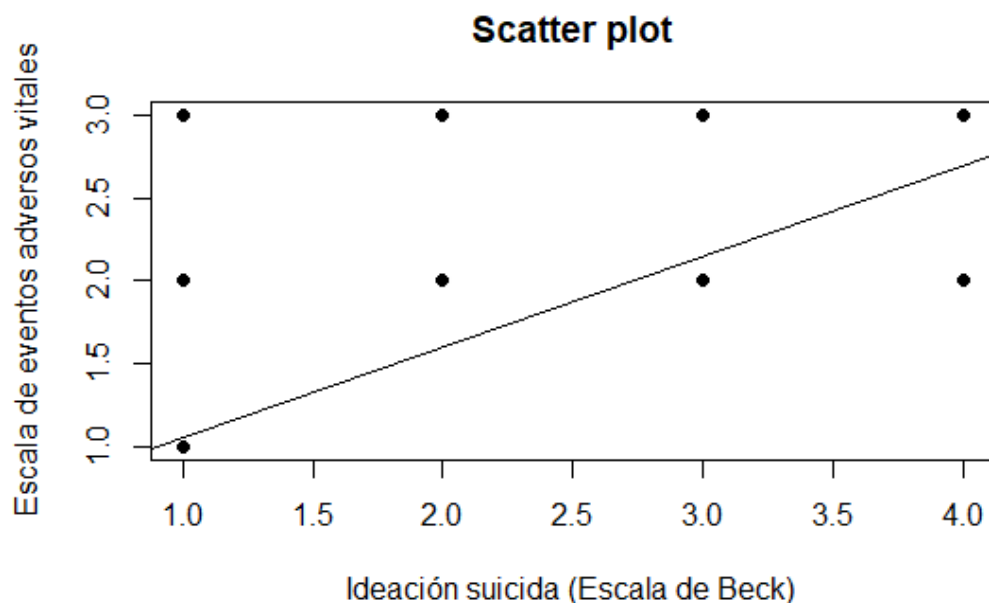
Ideación Suicida (Puntaje Escala de Beck)					
	0-3	4-8	9-14	15-20	p- value
	N = 56	N = 7	N = 12	N = 18	
Estilo de Apego (Escala CaMir)					0.039
Seguro	17 (73.9%)	1 (4.3%)	3 (13.0%)	2 (8.7%)	
Inseguro ansioso	12 (66.7%)	3 (16.7%)	3 (16.7%)	0 (0.0%)	
Inseguro desorganizado	12 (44.4%)	1 (3.7%)	5 (18.5%)	9 (33.3%)	
Inseguro evitativo	15 (60.0%)	2 (8.0%)	1 (4.0%)	7 (28.0%)	

Se halló además una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de ideas suicidas y el estilo de apego ($p=0.039$).

Se evidenció que existe una mayor proporción de pacientes con un estilo de apego seguro (73.9%), inseguro ansioso (66.7%), inseguro desorganizado (44.4%) e inseguro evitativo (60.0%); que tienen un puntaje de 0-3 en la escala de Beck, en contraste con las demás categorías de puntuación consideradas; siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Figura 1. Correlación entre las categorías ordinales de la escala de eventos adversos vitales y la ideación suicida en pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias del

Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa, Perú en el periodo del 2023-2024



De acuerdo al coeficiente de correlación de Spearman (**Figura 1**), se halló una relación débil positiva significativa, $\rho = 0.24$, $p = 0.02$; entre las categorías ordinales de la escala de eventos adversos vitales y la ideación suicida. Por lo tanto, concluimos que existe una correlación significativa entre las categorías ordinales de la escala de eventos adversos vitales y la ideación suicida.

Tabla 8. Distribución de los eventos adversos vitales según la ideación suicida en pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa, Perú en el periodo del 2023-2024 (N =93)

	Ideación Suicida (Puntaje Escala de Beck)				p-value
	0-3	4-8	9-14	15-20	
	N = 56	N = 7	N = 12	N = 18	
Eventos adversos vitales					0.3
0-150	2 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
150-300	25 (71.4%)	2 (5.7%)	5 (14.3%)	3 (8.6%)	
>300	29 (51.8%)	5 (8.9%)	7 (12.5%)	15 (26.8%)	

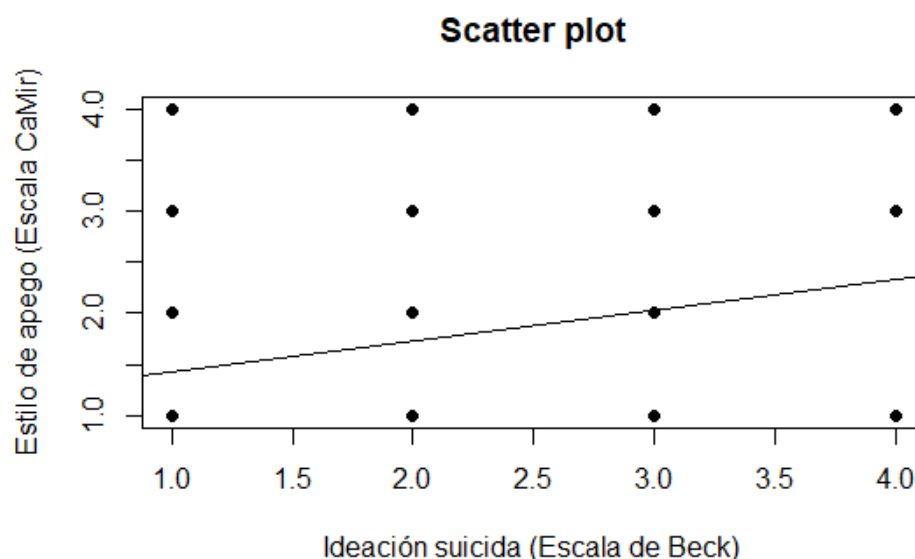
En la presente tabla se puede observar que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y los eventos adversos vitales ($p = 0.3$).

Tabla 9. Asociación entre ideación suicida y eventos adversos vitales (N =93)

	Modelo crudo		
	OR	IC 95%	<i>p</i>
Eventos adversos vitales			
0-300	Ref.		
>300	2.35	0.93-6.34	0.07

Del mismo modo, se evaluó el grado de asociación entre la ideación suicida y los eventos adversos vitales en base a la valoración de un puntaje obtenido mayor a 300, no encontrándose asociaciones estadísticamente significativas ($p = 0.07$).

Figura 2. Correlación entre las categorías ordinales de estilo de apego y la ideación suicida en pacientes con consumo de sustancias del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa, Perú en el periodo del 2023-2024



De acuerdo al coeficiente de correlación de Spearman (**Figura 2**), se evidencia una relación débil positiva significativa, $\rho = 0.27$, $p = 0.009$ entre las categorías ordinales del Estilo de Apego y la Ideación Suicida.

Tabla 10. Asociación entre ideación suicida y estilo de Apego en pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa, Perú en el periodo del 2023-2024 (N =93)

	OR	Modelo crudo IC 95%	p
Estilo de Apego (Escala CaMir)			
Seguro	Ref.		
Inseguro ansioso	0.72	0.13-3.43	0.68
Inseguro desorganizado	1.69	0.47-6.58	0.42
Inseguro evitativo	3.87	1.16-14.57	0.03

En la **tabla 10**, se muestra que la probabilidad de tener ideación suicida en aquellos pacientes con un estilo de apego inseguro evitativo fue 287% mayor en relación a los pacientes con un estilo de apego seguro. Este resultado fue estadísticamente significativo ($p=0.03$).

2. DISCUSIÓN

En el presente estudio se halló que, de la totalidad de la muestra, un 66.7% de pacientes con el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias son de sexo masculino y un 33.3% correspondía al sexo femenino. A pesar de coincidir nuestros resultados con estudios que evidencian un predominio del sexo masculino entre los pacientes con adicción a alguna sustancia, estableciéndolo incluso como un factor de riesgo importante para su manifestación (95), existe data en la que se muestran porcentajes menores para la población femenina, y mayores para los varones; como lo encontrado en un estudio realizado en pacientes de un centro psiquiátrico de Ruanda, con una proporción de 15.9% y 84.1% respectivamente (96).

Diversos autores mencionan que la mayoría de pacientes englobados dentro del trastorno de consumo de sustancias se encuentran en las etapas de vida de la juventud y adultez, iniciando este consumo frecuentemente al transcurrir la adolescencia; además, se describe un porcentaje menor de estos pacientes de la tercera edad (95, 97). El rango de edad más frecuente entre nuestros pacientes fue de entre 26 a 55 años (57%), seguido por aquellos de 18 a 25 años con un 36.6%. La proporción menor fue de pacientes de entre 56 a 65 años, con un 6.5% del total.

Un estudio realizado en Bangladesh encontró que el 47.2% de los pacientes se encontraba en un rango etario de 31 a 40 años (98); mientras que en un estudio realizado en Canadá encontró que el 44.9% de pacientes tenían entre 25 a 44 años, seguido por aquellos de 45 a 59 años (26.8%), y siendo el menor porcentaje de pacientes (7.4%) mayores de 60 años (99).

Las sustancias de mayor consumo entre los pacientes considerados en nuestro estudio fueron el alcohol (82.8%), seguido por marihuana (34.4%) y cocaína (19.4%), coincidiendo con la data descrita por Bhuiyan et al. en países desarrollados, mas poniendo en evidencia que en países de bajos recursos como Bangladesh las sustancias con mayor consumo entre su muestra incluyen, en orden descendente, marihuana, heroína, sedativos y finalmente alcohol (98).

Dentro de nuestra población, se halló además que hubo una proporción importante (17.2%) de pacientes consumidores de tabaco, y rangos menores para otro tipo de sustancias como lo son las benzodiacepinas (3.2%), ketamina (2.2%), etc. Dentro del marco global se menciona que, del total de la población, aquellos que consumían tabaco alcanzaban un porcentaje de 22%, mientras que el rango de consumo de benzodiacepinas y otros sedantes es de entre 0.2 a 1.6% en países de altos ingresos. La variabilidad entre estos porcentajes ha sido atribuida a factores como impuestos, accesibilidad y disponibilidad para la población de estas sustancias y otros derivados. No obstante, se registra disminución en el consumo de tabaco; mientras que el consumo de benzodiacepinas presenta mayor prevalencia en países desarrollados y en población con acceso a estas sustancias (100, 101).

De acuerdo a la escala de Beck, en nuestro estudio se obtuvo que un 32.3% de la muestra presentaron un riesgo alto de ideación e intento suicida, teniendo como referencia de punto de corte un puntaje mayor o igual a 9 (49). El porcentaje de la población femenina

que obtuvo este porcentaje fue del 38.7%, mientras que del sexo masculino correspondió a un 29%.

Los intervalos de edad que presentaron un alto riesgo de ideas suicidas fueron aquellos de la población de entre 18 a 25 años (41.2% del total de este grupo), seguido por el rango de 26 a 55 años (30.2%). Cabe mencionar que del rango etario de 56 a 65 años no se obtuvieron puntajes mayores a 9 de acuerdo a la valoración de la escala de Beck, obteniendo el 83.3% de esta población un puntaje menor de 4 puntos.

No obstante, no se encontró asociación estadística significativa entre el sexo de los pacientes ($p=0.8$) o su edad ($p=0.4$) con la ideación suicida.

Por otra parte, en un estudio realizado por Andersson et al se identificaron las tasas de ideación suicida por tipos de diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos concurrentes. La tasa de ideación suicida de por vida en la muestra total fue del 50,1% ($n = 282$). La tasa de ideación suicida fue significativamente mayor entre mujeres (61,9%) que entre hombres (45,4%) $p < 0,001$. Para ambos géneros, la tasa de ideación suicida más baja se observó en pacientes con un trastorno por consumo de alcohol (41,4% para hombres y 61,7% para mujeres). Se encontraron tasas de ideación suicida significativamente más altas en mujeres, con consumo de alcohol, opiáceos, sedantes o trastornos de ansiedad (102).

Otro estudio realizado en Ecuador observó que, entre la población considerada entre personas con trastorno por consumo de sustancias, hubo un predominio del género masculino; entre los cuales 4 de cada grupo de 10 tuvo algún intento suicida (36.3%). Entre la población femenina incluida, alrededor de 5 de cada 10 pacientes realizó al menos un intento suicida, alcanzando este un porcentaje del 46.3% (104).

Tetrault menciona por otro lado que, en pacientes con un consumo de alcohol excesivo, el suicidio se describe como una de las causas de mortalidad principales, mencionando además un meta análisis en el que se halló una asociación significativa del abuso de alcohol de forma riesgosa, la ideación suicida ($\rho = 1.86$), intento suicida ($\rho = 3.13$) y suicidio consumado ($\rho = 2.59$) (95).

La función principal de las relaciones de apego de los adultos puede verse en la regulación de las emociones a través de interacciones sociales, la cual es una función clave del sistema de apego, ya que la calidad del vínculo de apego tiene influencia sobre el funcionamiento emocional y las capacidades de regulación, así como en los estilos de relación interpersonal desde edades tempranas hasta la madurez. De acuerdo a la presente investigación el estilo de apego que se evidenció con mayor prevalencia fue el inseguro desorganizado (29%), seguido por inseguro evitativo (26.9%) y seguro (24.7%). El estilo de apego inseguro ansioso se presentó en un 19.4% de los participantes. De forma similar, según Hiebler et al. el uso de sustancias psicotrópicas se ha relacionado con el apego ansioso, evitativo y desorganizado; y considera que identificar el estado de apego inseguro de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias, puede mejorar en gran medida la adherencia al tratamiento dada la orientación que puede dársele (79).

En un estudio realizado en una población de 279 estudiantes franceses, se halló que no hubo diferencia significativa en el abuso de bebidas alcohólicas, respecto a frecuencia

o cantidad, entre aquellos estudiantes con estilos de apego seguro o inseguro de forma global. Sin embargo, al evaluar de forma aislada los estilos de apego en la población femenina y masculina que consumía algún tipo de bebida alcohólica, se evidenció que este fue mayor al presentar una forma de apego seguro en el caso de las mujeres, y de manera inversa, mayor entre la población masculina que presentaron un estilo de apego inseguro (64).

Tres estudios longitudinales indican que el apego inseguro a una edad más temprana tiene un impacto en el abuso de sustancias posterior. Branstetter et al. demostraron que en la adolescencia se encontró un apego seguro y a la edad de 14 años consumían menos sustancias comparados a la edad de 16 años (105). Danielsson et al. demostraron que la seguridad del apego a los trece años elude episodios de uso desmesurado de alcohol a los quince años (106). En un estudio de Zhai et al., el apego inseguro entre los 10 y 12 años condujo a una desregulación a los 16 años y al abuso de sustancias a los 22 años (107).

La relación que se cree existe entre los estilos de apego y el abuso de sustancias es expuesto por Duran a través de un estudio realizado entre 100 participantes, siendo el 50% de estos consumidores crónicos de sustancias sometidos a terapia y en un periodo de abstinencia de al menos 3 meses. Este autor identificó que ha sido descrito desde la publicación del CaMir-R por parte de Bowlby diversas teorías que implican 3 vías neurológicas principalmente, siendo estas 1) el sistema de oxitocina, siendo este suprimido por situaciones de estrés o trauma en etapas tempranas y evidenciándose en usuarios con un estilo de apego inseguro evitativo (108); 2) el sistema de recompensa relacionado a dopamina expuesto como desregulado por el consumo principalmente de alcohol sobre otras sustancias en pacientes adictos (109); y 3) el sistema de respuesta relacionado a glucocorticoides, viendo que este se encuentra exacerbado tras situaciones de adversidad y por tanto asociado a un estilo de apego inseguro; así como por la adicción a diversas sustancias como benzodiacepinas o bebidas alcohólicas que presentan una tendencia a inhibir este sistema (110).

Sobre esta base, Duran halló que entre su muestra el grupo control presenta predominantemente un estilo de apego seguro (54%), mientras que aquellos con algún tipo de consumo y adicción a sustancias presentó alguno de los tipos de apego inseguro (92%), siendo significativa la asociación entre la presencia de una adicción y la forma de apego ($p < 0.01$) (111).

En la presente investigación, del 32.3% de los integrantes tuvieron una gran probabilidad de ideas suicidas, se encontró que el 46.7% de este grupo de pacientes presentaron una forma de apego inseguro desorganizado; seguido por una forma de estilo inseguro evitativo (26.7%). El 16.7% presentó el estilo de apego seguro y 10% pertenecía al grupo del estilo de apego inseguro ansioso.

En una investigación realizada por Cárdenas et al. se evidenció que con apego seguro se encontró una prevalencia de 95.9% con 163 participantes, 45.9% con 78 participantes para el estilo de apego ansioso, 46.5% con 79 participantes para el estilo de apego evitativo y, finalmente, 40% con 68 estudiantes para el estilo de apego desorganizado. Se evidencia la asociación entre la idea suicida con la consigna de seguridad, en la cual

se halló una relación negativa media significativa ($r_s = -,247$), y se halló también una asociación significativa positiva media con las demás consignas de las formas de apego inseguro (113). Por otro en un estudio realizado por Pintado en el Callao, se evidenció que hay menor probabilidad de probabilidad suicida cuando el apego seguro predomina ($<0,05$); mientras que se cuenta con mayor información base y probabilidad de suicidio cuando el apego ansioso predomina en los estudiantes de esta institución en el Callao. En torno al valor del $r\phi = 0,459$, se concreta que hay una correlación de dependencia media entre el apego y probabilidad suicida (114).

Se halló una relación estadística significativa entre la idea suicida y el estilo de apego ($p=0.039$). A su vez, de acuerdo a la correlación de Spearman se encontró una correlación débil positiva pero significativa ($\rho = 0.27$, $p = 0.009$) entre la ideación suicida y el estilo de apego.

La posibilidad de desarrollar una ideación suicida en los pacientes incluidos fue 287% mayor en aquellos con un estilo de apego inseguro evitativo a diferencia de los que presentaron estilo de apego seguro, evidenciándose que esto fue estadísticamente significativo ($p=0.03$). Se ha evidenciado que el estilo de apego evitativo se forma como resultado de las diversas situaciones y circunstancias traumáticas y riesgosas que un niño o adolescente padece a lo largo de su niñez y pubertad, por lo cual es posible llegar a crear escenas donde se es la víctima, iniciar pensamientos de autolesión mediante las advertencias y amenazas, la gestualidad, el intento y por último el desenlace que es el suicidio (52).

Actualmente, existen evidencias empíricas de la asociación entre las formas de apego y las ideas suicidas. Por ejemplo, según Ozouni, Valizadehb y Nikamal registran en población Iraní que a mayores puntajes de apego evitativo y ambivalente mayor ideación suicida. Por el contrario, el apego seguro demuestra estar relacionado negativamente con las ideas suicidas, es decir, a mayor apego seguro menor probabilidad de ideas suicidas (113).

En una investigación propuesta por Green, se encontró la relación directa entre el apego evitativo y la ideación suicida reciente, que siguió siendo un efecto moderado después de controlar si es varón o mujer y la edad; además de los síntomas recientes de depresión. En este estudio proporcionan más evidencia sólida de una asociación entre la ideación suicida y el apego evitativo y destacan formas en que los moldes de apego inseguro pueden generar diferentes grados de tendencia suicida. Las intervenciones con base en el apego que buscan cambiar las características del apego evitativo, como el temor a la intimidad, la reducción de la autorrevelación, e incentivar la búsqueda de apoyo adecuado en momentos de angustia pueden ayudar a disminuir la ideación suicida y los intentos de suicidio desencadenados posteriormente (114).

Por el contrario, no se halló una asociación estadística significativa al comparar la forma de apego seguro y el desorganizado ($p=0.42$), a pesar de haberse mostrado este estilo como el más frecuente entre los participantes con un mayor riesgo de ideas suicidas según la valoración de la escala de Beck.

Por otro lado, de manera similar de acuerdo a Falgares et al. la significancia entre el apego y riesgo suicida tienen un grado de correlación estadísticamente significativo entre todas sus variables (115).

Ha sido descrito que existen diversas causas y factores que predisponen a que un individuo inicie y posteriormente perpetúe el consumo de sustancias, llegando incluso a la presentación de un trastorno secundario a esta conducta. Gorelick menciona que entre pacientes adolescentes estos factores incluyen eventos vitales negativos, un ambiente familiar disfuncional y/o negativo, uso de drogas y alcohol tanto por parte del mismo individuo como de personas de su entorno cercano, conflicto marital, cambios o dificultades escolares, adversidad social y muchos otros (116). Y si bien se presentan como eventos de origen multifactorial, representan en gran parte lo evaluado en la escala de eventos adversos vitales (EEVA). Asimismo, el mismo autor menciona en torno al consumo de cannabis en población adulta factores de riesgo similares a los manifestados previamente, así como el uso de más sustancias, factores genéticos, comorbilidades psiquiátricas y nuevamente, eventos vitales estresantes acompañados de experiencias negativas durante la infancia (97).

En algunos estudios y contextos clínicos, se ha sugerido que un puntaje total en la EEVA de más de 300 puede indicar un nivel significativo de estrés percibido y un riesgo elevado de alteraciones en el estado mental. Este puntaje alto sugiere una acumulación considerable de EEVA en un lapso de tiempo breve, lo cual puede aumentar la carga de estrés y afectar negativamente el bienestar mental. Además, un 37.6% obtuvo un puntaje entre 150 a 300, mientras que el 2.2% obtuvo una puntuación menor a 150 (103).

En nuestro estudio, el 60.2% de los pacientes presentaron una puntuación mayor a 300 en la evaluación de eventos adversos vitales.

En la presente investigación no se halló asociación estadísticamente significativa entre la presencia de eventos adversos vitales e ideación suicida ($p=0.3$).

Entre los pacientes que obtuvieron un puntaje >300 , el 60.7% tenía un puntaje < 9 puntos en la escala de Beck, relacionándose con una baja probabilidad de presentar ideas suicidas; a diferencia del 39.3% que presentó alto riesgo de ideación suicida. Entre ellos, 60.2% del total de la población tuvo una puntuación de 0-3 de acuerdo a la valoración de Beck para ideación suicida, relacionado con la baja o nula presencia de pensamientos y sentimientos suicidas (32, 49).

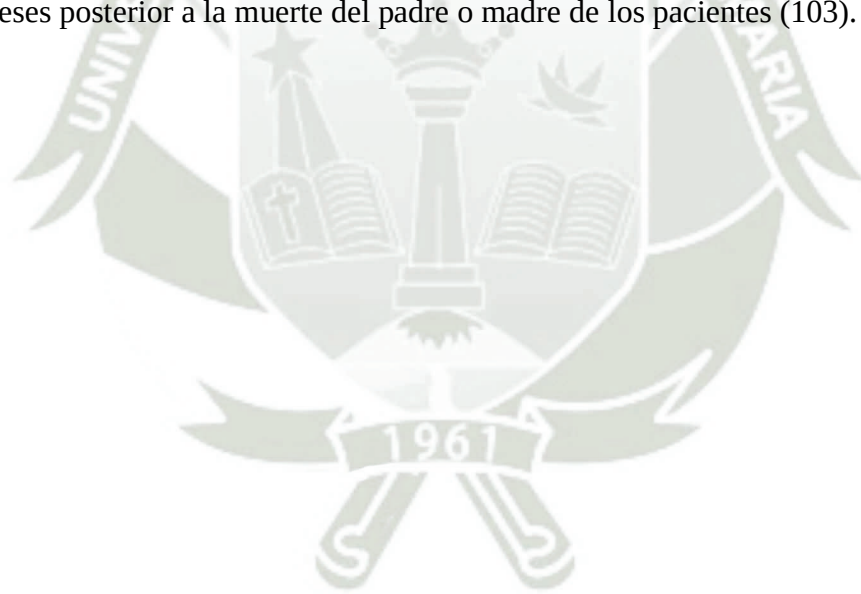
De los pacientes que obtuvieron un puntaje < 150 puntos en la evaluación de eventos adversos vitales, el 100% presentó un riesgo bajo de ideación suicida, con un puntaje de 0-3 en la escala de Beck.

La investigación en psiquiatría ha demostrado que los eventos vitales adversos pueden traducirse en una repercusión significativa sobre la salud mental y el estado mental sobre la población. La teoría de los eventos vitales adversos sugiere que ciertos eventos estresantes pueden considerarse como una amenaza o un factor que predisponga a la aparición de trastornos psiquiátricos, como trastorno por uso excesivo de sustancias, trastorno ansioso y/o depresivo, trastornos de la conducta alimentaria y otros. Además, la acumulación de eventos vitales adversos a lo largo del tiempo supondría un incremento en la presentación a largo plazo de psicopatología.

Esto es reforzado por Schreiber, afirmando que eventos y experiencias adversas, sobre todo durante la infancia, conllevaría a un riesgo de intento de suicidio de 2 a 4 veces mayor durante la adultez; esto basado en diversos metaanálisis en los que se encontró

una relación directa entre individuos que experimentaron abuso físico, emocional o sexual con intentos suicidas en comparación con aquellos que no presentaron este tipo de eventos durante edades más precoces (3).

Por el contrario, Hiyoshi et al hallaron una asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo o existencia de ideación suicida y la presencia de un evento. Recolectaron 42.854 eventos de trastorno por uso de sustancias, con una tasa bruta de 3,1 por 1.000 personas-año. En cuanto a las conductas relacionadas con el suicidio, hubo 19.827 eventos, con una tasa bruta de 1,4 por 1.000 personas-año. La mayoría de los eventos estudiados no fueron fatales. Se usó un evento adverso vital, la muerte de una de las figuras paternas, así la posibilidad de trastorno por uso de sustancias fue de 1,89 (IC del 95%: 1,07-3,33) entre los participantes masculinos y, para el comportamiento relacionado con el suicidio, de 3,76 (1,79-7,89) entre los participantes masculinos y 2,90 (1,61-5,24) entre las participantes femeninas. En los participantes masculinos, se identificó una probabilidad superior de presentar trastorno por consumo de sustancias alrededor del primer aniversario de muerte del familiar (IC 95% 1,56-4,46); mientras que entre las participantes femeninas este riesgo se repitió aproximadamente todos los años de manera constante en el mes anterior al aniversario de la muerte y hubo un mayor riesgo de comportamientos asociados al suicidio en los meses posterior a la muerte del padre o madre de los pacientes (103).



3. CONCLUSIONES

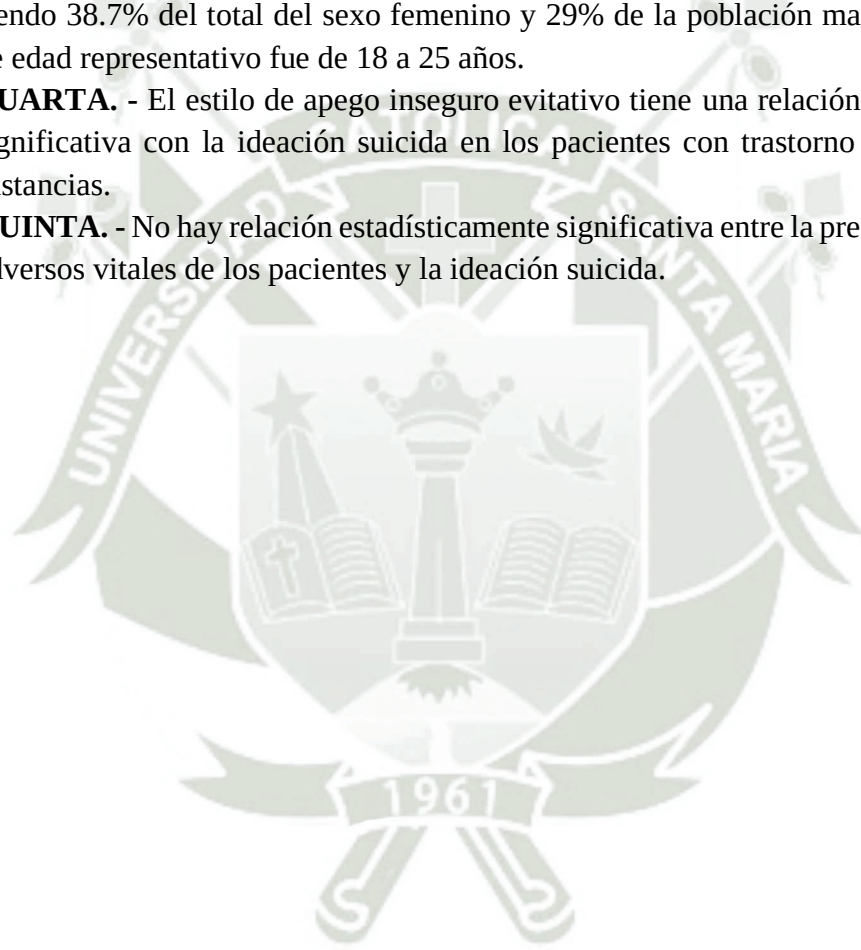
PRIMERA. - Existe influencia de los estilos de apego sobre la ideación suicida en pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

SEGUNDA. - Entre aquellos pacientes con diagnóstico por trastorno de consumo de sustancias del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza periodo 2023-2024, dos tercios son de sexo masculino y un tercio de sexo femenino, encontrándose más de la mitad en el rango etario de 26 a 55 años; y la sustancia que se consume con mayor frecuencia es el alcohol.

TERCERA. - Alrededor de un tercio de los pacientes presentaron ideación suicida, siendo 38.7% del total del sexo femenino y 29% de la población masculina. El rango de edad representativo fue de 18 a 25 años.

CUARTA. - El estilo de apego inseguro evitativo tiene una relación estadísticamente significativa con la ideación suicida en los pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

QUINTA. - No hay relación estadísticamente significativa entre la presencia de eventos adversos vitales de los pacientes y la ideación suicida.



4. RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Salud, implementar y crear servicios para la atención directa y oportuna en cuanto a salud mental, permitiendo una identificación precoz de aquellos individuos vulnerables a desarrollar psicopatologías o que estén cursando con una, para su soporte, seguimiento y tratamiento de la mano con el servicio de psiquiatría.
2. A la Gerencia Regional de Salud, mediante los programas de salud mental se pueda crear equipos estratégicos de detección activa y precoz sobre aquellos pacientes; usuarios de hospitales y/o centros de atención primaria de menor nivel; con más riesgo y vulnerabilidad de presentar patología por consumo y abuso de sustancias.
3. A los hospitales y centros de salud, mejorar la prestación de servicios e identificación de la población con alta probabilidad de ideación suicida, crear sistemas de registro, para un adecuado seguimiento y verificación de la evolución de pacientes con antecedentes de ideación o conductas suicidas. Creación de actividades que eduquen y enseñen a los pacientes a identificar signos de alarma que puedan desencadenar ideas o conductas suicidas en ellos mismos o en su entorno.
4. Al primer nivel de atención, mejorar y fortalecer la educación que se brinda a las familias, el tipo de crianza, así como la accesibilidad a los diferentes centros de salud y la atención brindada por estos que sean requeridos, sobre todo psicología y psiquiatría. Innovar estrategias de alcance para los niños, adolescentes y jóvenes que puedan acceder a terapia psicológica y psiquiátrica, además de tratamiento de ser necesario.
5. A la Universidad Católica de Santa María, para la invención de servicios o atenciones destinadas a la identificación y prevención de suicidio en nuestra casa de estudios, además de servicios de ayuda directa individual y familiar en casos de fallecimiento, desempleo, divorcios, embarazo, enfermedades, etc. y se aconseja seguimiento de las personas más vulnerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colon-Rivera H, Balasanova A. Trastorno por consumo de sustancias [Internet]. APA.2020 [citado 2 de julio del 2023]. 1-4p. Disponible de: <https://www.psychiatry.org/Patients-Families/Addiction-Substance-Use-Disorders/what-is-a-substance-use-disorder>
2. Garnett MF, Curtin SC. Suicide mortality in the United States, 2001-2021. NCHS Data Brief [Internet]. 2023 [citado el 7 de julio de 2023];(464):1–8. ISSN 1941-4927. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db464.pdf>
3. Schreiber, J.; Culppeper, L. Suicidal ideation and behavior in adults. UpToDate: [Internet]. 2023 [citado el 7 de julio de 2023] . Disponible en https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults?search=Suicidal%20ideation%20and%20behavior%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
4. Borges G, Nock MK, Haro JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. J Clin Psychiatry [Internet]. 2010;71(12):1617–28. [Citado el 7 de julio del 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu>
5. Byansi W, Galvin M, Chiwaye L, Luvuno Z, Kim AW, Sundararajan R, et al. Adverse childhood experiences, traumatic events, and mental health among adults at two outpatient psychiatric facilities in Johannesburg, South Africa: a cross-sectional analysis. BMC Psychiatry [Internet]. 2023;23(1). [Citado el 15 de julio del 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-023-05085-0>
6. Suarez M. LA IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2010 [citado 18 julio 2023] ; 16 (2): 58-62p. [Citado el 15 de julio del 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200010&lng=es.
7. Pilatuña B.. Estilos de apego y salud mental general en adolescentes de la ciudad de Ambato. Un estudio relacional (Ecuador). Universidad Tecnológica Indoamérica [Internet]; 2023 [Citado 20 agosto del 2023]. Disponible en <https://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/5206/1/AUCANSHALA%20PILATU%c3%91A%20BETY%20ALEXANDRA.pdf>
8. Alcindor-Huelva P, Delgado Campos A, Izquierdo Morejón FJ, Faya Barrios M. Estilos de apego y perfil de dificultades en la regulación emocional en una muestra de adolescentes femeninas (16-19 años). Rev Psiquiatr Infanto-Juv [Internet]. 30 de marzo de 2022 ;39(1):10-24. [Citado el 20 de agosto del 2023]. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/847>
9. Álvarez-Segura M, Lacasa Saludas F. Evaluación del vínculo de apego en la infancia y adolescencia. Rev Psiquiatr Infanto-Juv [Internet]. 30 de junio de 2022 [citado 01 de

- septiembre de 2023];39(2):41-58. Disponible en:
<https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/883>
10. Cha M, Al-Chalabi N, Qian J, Chaudhary Z, Graff A, Gerretsen P, et al. Concordance between the Columbia-Suicide Severity Rating Scale and Beck Scale for Suicide Ideation in assessing suicide behaviour in young adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res* [Internet]. 2023;319(114965):114965. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114965>
 11. Rajkumar RP. Comorbid depression and anxiety: Integration of insights from attachment theory and cognitive neuroscience, and their implications for research and treatment. *Front Behav Neurosci* [Internet]. 2022 ;16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fnbeh.2022.1104928>
 12. De Leo, A. Informe Mundial sobre Drogas 2021: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras los jóvenes subestiman los peligros del cannabis. UNODC [Internet]. 2021 [citado el 9 septiembre del 2023]. Disponible de: <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html>
 13. MINSA. El 71.5 % de los casos de intento de suicidio en el Perú es de personas entre 15 y 34 años. CDC. Dirección de Salud Mental del Minsa [Internet]. 2022 [citado el 19 septiembre del 2023]. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/648965-el-71-5-de-los-casos-de-intento-de-suicidio-en-el-peru-es-de-personas-entre-15-y-34-anos>
 14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5a ed. Arlington, TX, Estados Unidos de América: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
 15. Morante M, Virrueta N, Secien B, Escalante M, Vasquez F, et al. Guía de práctica clínica en trastornos mentales y comportamientos debidos al consumo de sustancias psicotrópicas [Internet]. Primera edición. Lima.DEVIDA.2007 [Citado 30 de septiembre del 2023]. 15-20p. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2907.PDF%20>
 16. NIDA. Drug Misuse and Addiction [Internet]. National Institute on Drug Abuse website. 2020 [citado 4 octubre del 2023] Disponible en: <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>
 17. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 11a ed. la Ciudad Condal, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
 18. Khan M. Trastornos por el uso de sustancias [Internet].NewYork-Presbyterian Hospital. 2022 [Citado 15 octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-el-uso-de-sustancias>
 19. Sanz P, Trastorno por consumo de sustancias [Internet]. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Volume 12. 2019 [Citado el 25 de octubre del 2023]. Pages 4984-4992, Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219302148>)

20. Hansford, B. Informe Mundial sobre las Drogas 2021 [internet] UNODC; 2021 [Citado 25 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/27-12-2021-ops-lanza-proyecto-para-mejorar-politicas-sobre-trastornos-por-uso-sustancias>
21. Valladolid GR et al. Fundamentos de Psiquiatría. Bases científicas para el manejo clínico. Madrid, España: Ed. Med. Panamericana; 2014.
22. Prom-Wormley. Ebejer D. Bowers M. The genetic epidemiology of substance use disorder: A review, Drug and Alcohol Dependence [Internet]. 2017 Volume 180, 2017, Pages 241-259, ISSN 0376-8716, Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871617303757>
23. Sánchez E, Gradolí T, Gallús M. A psychotherapy treatment model in addictions. Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja [Internet] España. 2004 [Citado 29 octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-un-modelo-tratamiento-psicoterapeutico-adicciones-13065158>
24. Reina R, Casabella C, Olmos D, Carini F, Garay C et al. Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en los pacientes críticos. Comité de Sedación, Analgesia y Delirium (SAD), Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, Buenos Aires, Argentina. 2017. [Internet]. Disponible en <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/511/421>
25. O'Malley GF, O'Malley R. Toxicidad y abstinencia de opioides [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [cited el 30 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/temas-especiales/drogas-il%C3%ADCitas-y-t%C3%B3xicas/toxicidad-y-abstinencia-de-opioides>
26. Sevarino K. Opioid withdrawal: Medically supervised withdrawal during treatment for opioid use disorder [Internet]. Uptodate. 2023 [Citado 30 octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/opioid-withdrawal-medically-supervised-withdrawal-during-treatment-for-opioid-use-disorder>
27. Wagner, B., Hofmann, L., Grafiadeli, R. The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jclp.23192>
28. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry [Internet]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
29. Cañón S, Parra J. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2018 [citado 2023 31 de octubre] ; 20(80): 387-397. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es.
30. Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. Increase in suicide in the United States, 1999-2014. NCHS Data Brief [Internet]. 2016;(241):1–8. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db241.pdf>
31. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. J Clin Psychiatry [Internet]. 2010;71(12):1617–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu>

32. Kliem S, Lohmann A, Mößle T, Brähler E. German Beck Scale for Suicide Ideation (BSS): psychometric properties from a representative population survey. BMC Psychiatry. 2017 Dec 4;17(1):389. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5716298/#:~:text=The%20total%20BSS%20score%20can,risks%20of%20suicide%20%5B36%5D>.
33. Sellers M, Diaz-Valdes A, Wyman A, McManama K. Alcohol and marijuana use as daily predictors of suicide ideation and attempts among adolescents prior to psychiatric hospitalization, Psychiatry Research, Volume 273, 2019, Pages 672-677. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178118323321>
34. Sarkar P, Sattar FA, Gode N, Basannar DR. Failed suicide and deliberate self-harm: A need for specific nomenclature [Internet]. Indian J Psychiatry. 2006 [Citado 1 noviembre del 2023] Apr;48(2):78-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2913570/>
35. Li X, Mu F, Liu D, Zhu J, Yue S, Liu M, et al. Predictors of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death among people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. J Affect Disord [Internet]. 2022;302:332–51. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032722001136>
36. De Heer EW, ten Have M, van Marwijk HWJ, Dekker J, de Graaf R, Beekman ATF, et al. Pain as a risk factor for suicidal ideation. A population-based longitudinal cohort study. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2020;63:54–61. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834318300276>
37. Takahashi M, Yamaki M, Kondo A, Hattori M, Kobayashi M, Shimane T. Prevalence of adverse childhood experiences and their association with suicidal ideation and non-suicidal self-injury among incarcerated methamphetamine users in Japan. Child Abuse Negl [Internet]. 2022;131(105763):105763. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213422002952>
38. Rueda F. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010 [Citado de 3 noviembre del 2023]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>
39. Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. Increase in suicide in the United States, 1999–2014. NCHS Data Brief [Internet]. 2016 [citado el 5 de noviembre de 2023];(241):1–8. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db241.pdf>
40. Zhu S, Li X, Wong P. Risk and protective factors in suicidal behaviour among young people in Hong Kong: A comparison study between children and adolescents [Internet]. Psychiatry Research. Volume 321. 2023 [Citado 9 noviembre del 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178123000124>)
41. Ryan EP, Oquendo MA. Suicide Risk Assessment and Prevention: Challenges and Opportunities [Internet]. 2020 Apr;18(2):88-99. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7587888/>
42. Kochanek KD, Murphy SL, Xu J, et al.: National Vital Statistics Reports. Deaths: Final Data for 2017 [Internet]. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2019 . Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr68/nvsr68_09-

43. Schilling EA, Aseltine RH Jr, Glanovsky JL, James A, Jacobs D. Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts [Internet]. J Adolesc Health. 2009 Apr;44(4):335-41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19306791/>
44. Degenhardt L, Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Whiteford H, Vos T, Ferrari A. Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis [Internet]. J Psychiatr Res. 2021 May [citado 14 de noviembre del 2023]; 137:242-249. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33714076/>
45. Martinez-Ales G, Hernandez-Calle D, Khaulí N, Keyes KM. Why Are Suicide Rates Increasing in the United States? Towards a Multilevel Reimagination of Suicide Prevention [Internet]. Curr Top Behav Neurosci. 2020 [Citado el 20 de noviembre del 2023]; 46:1-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8699163/>
46. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. Lancet [Internet]. 2002;360(9347):1728–36. Disponible en [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)11681-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(02)11681-3)
47. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder [Internet] Arch Gen Psychiatry . 2011. 1058–1064p. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21969462/>
48. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers [Internet]. Arch Gen Psychiatry. 2005 Apr;62(4):427-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15809410/>
49. Alamo P, Baader M, Antúnez S, Bagladi L, Bejer T. Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2019 Jun ; 57(2): 167-175. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200167&lng=es
50. Rueda G, Castro V, Rangel A. Validation of the Beck Hopelessness Scale in patients with suicide risk. Vol. 11. pages 86-93. 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-486-articulo-validation-beck-hopelessness-scale-in-S2173505018300104>
51. Gonzales S, Díaz A. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Vol. 23. 2000, págs. 21-30.
52. Pehr G. Attachment, culture, and gene-culture co-evolution: expanding the evolutionary toolbox of attachment theory, Attachment & Human Development. 2021. 23:1, 90-113. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/14616734.2019.1709086?needAccess=true>
53. Sosteric M, Ratkovic, G. Theoretical research: It takes a village: Advancing attachment theory and recovering the roots of human health with the circle of seven essential needs. Aotearoa New Zealand Social Work. 2022. 34(1), pp. 113–127. Disponible en <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.501836147333418>.

54. Verhees MWFT, Finet C, Vandesande S, Bastin M, Bijttebier P, Bodner N, et al. Attachment and the development of depressive symptoms in adolescence: The role of regulating positive and negative affect. *J Youth Adolesc* [Internet]. 2021;50(8):1649–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-021-01426-y>
55. Sutton TE. Review of attachment theory: Familial predictors, continuity and change, and intrapersonal and relational outcomes. *Marriage Fam Rev* [Internet]. 2019;55(1):1–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/01494929.2018.1458001>
56. Bosmans G, Bakermans M, Vervliet B. A learning theory of attachment: Unraveling the black box of attachment development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Volume 113. 2020. Pages 287-298. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763419310127>
57. Sechi C, Vismara L. Gender differences in the relationship between attachment styles, self-esteem and online deception: A mediation model. *Journal of Affective Disorders Reports*. Volume 14. 2023. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915323002172>
58. Zhang M, Wang J, Li Q, Song Li, Bao Q. Temporal characteristics of emotional conflict processing: the modulation role of attachment styles. *International Journal of Psychophysiology*. Volume 193. 2023. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167876023005081>
59. Zhao X, Cheng F, Gao Y. Association between adult attachment style, communication patterns and caregiver burden in parents of children with solid tumors: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*. Volume 67. 2023. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1462388923001710>
60. Gasiorowska A, Folwarczny M, Otterbring T. Anxious and status signaling: Examining the link between attachment style and status consumption and the mediating role of Personality and Individual Differences. Volume 190. 2022. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019188692200006X>
61. Yuanxiao M, Guangzeng L, Yuting Hu. Adult attachment style moderates the effect of oxytocin on neural responses to infant emotional faces. *International Journal of Psychophysiology*. Volume 171. 2022. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167876021009338>
62. Galbally M, Stein A, Ambrosius C. From attachment to mental health and back. Volume 7. 2020. P832-834. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30337-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30337-0/fulltext)
63. Granqvist P, Sroufe LA, Dozier M, Hesse E, Steele M et al. Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attach Hum Dev*. 2017 Dec;19(6):534-558. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28745146/>
64. Chakroun N. Gender, attachment, and parenting style: Protective or risk factors of alcohol misuse in young adults? *Personality and Individual Differences*. Volume 180. 2021. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886921003512>

65. Balluerka N, Lacasa F, Gorostiaga A, Muela A, Pierrehumbert B. [Short version of CaMir questionnaire (CaMir-R) to assess attachment]. *Psicothema*. 2011 Aug;23(3) 486-494. PMID: 21774904. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21774904/>
66. Cruz G, Valencia M. Estilos de apego adulto y resiliencia en personas consumidoras de sustancias psicoactivas. 2023 Volumen 7. Número 3. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6498>
67. Barroso O. El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Volumen 4. 2014.
68. Lewis S, Arseneault, L, Caspi A, Fisher H, et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019 March 6(3): 247-56. Disponible en <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2819%2930031-8>
69. Organización Panamericana de Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [Internet]. Décima revisión. Volumen 1. [citado el 20 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
70. Suarez M. LA IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2010 [citado 2023 Noviembre 20] ; 16(2): 58-62. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200010&lng=es.
71. Pérez B, Vicente B, Zlotnick C, Kohn R, Johnson J, Valdivia S, et al. Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud mental (Mexico City, Mexico)*. 2009;32(2):145. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990643/>
72. Rojo M, Beltrán L, Moll A, Solano S, Martínez J, Gutiérrez A. Desarrollo y validación española de la escala de sucesos vitales estresantes (SVE-I) en escolares (8-12 años). *Rev psicol clín con niños adolesc* [Internet]. 2023;10(2). Disponible en: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/2251_2_0.pdf
73. Bartels L, Skar A-MS, Birkeland MS, Ormhaug SM, Berliner L, Jensen TK. The differential impact of the DSM-5 post-traumatic stress symptoms on functional impairment in traumatized children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado el 22 de noviembre del 2023]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37530860/>
74. García-Valencia J, Palacio-Acosta C, Diago J, Zapata C, López G, Ortiz J, , López M. Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2008;37(1):11-28. Disponible de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80637102>
75. Nadew GT. Exposure to traumatic events, prevalence of posttraumatic stress disorder and alcohol abuse in Aboriginal communities. *Rural Remote Health* [Internet]. 2012 [citado el 22 de noviembre del 2023];12(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23072253/>

76. Gómez Y, Ángel JD, Cañizares C, Lattig MC, Agudelo DM, Arenas Á, et al. El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el Trastorno Depresivo Mayor. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl)* [Internet]. 2020 [citado el 29 de noviembre de 2023];49(2):68–75. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-el-papel-valoracion-sucesos-vitales-S003474501830088X>
77. Onaemo VN, Fawehinmi TO, D'Arcy C. Risk of suicide ideation in comorbid substance use disorder and major depression. *PLoS One* [Internet]. 2022;17(12):e0265287. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0265287>
78. Schindler A, Sack PM. Exploring Attachment Patterns in Patients With Comorbid Borderline Personality and Substance Use Disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2015 Nov;203(11):820-6. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1097/nmd.0000000000000377>
79. Hiebler-Ragger M, Unterrainer HF. The Role of Attachment in Poly-Drug Use Disorder: An Overview of the Literature, Recent Findings and Clinical Implications. *Front Psychiatry*. 2019 Aug 27;10:579. Disponible en <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2019.00579>
80. Fairbairn CE, Briley DA, Kang D, Fraley RC, Hankin BL, Ariss T. A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. *Psychol Bull*. 2018 May;144(5):532-55. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000141>
81. Haydee N, Blas C, Víctor Núñez J, Prado D, Lima M. Consumo de sustancias psicoactivas y estilos de apego en estudiantes universitarios. *Facultad de psicología. Edu.pe*. Disponible en: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/22558/CA%c3%91ARI%20BLAS%20NICOLE%20HAYDEE%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
82. Rosa Chávez-Cáceres, Consuelo Luna-Muñoz, Sandra Mendoza-Cernaqué, José Jacinto-Ubillus, Lucy Correa-López. Factores asociados a ideación suicida en pacientes de un hospital de Perú. *Rev. Fac. Med. Hum*. Julio 2020; 20(3):374-380. DOI 10.25176/RFMH.v20i3.3054
83. Bustamante, S.; Carrillo, A. (2021). Relación entre el sentido de vida e ideación suicida en varones que consumen sustancias psicoactivas [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, Universidad de Lima]. Repositorio institucional de la Universidad de Lima. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12724/14077>
84. Cabanillas-Rojas, W. Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2020 Enero; 37(1):148-154. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000100148&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.5151>.
85. Dávila, Y. Riesgo suicida en internos drogodependientes que asisten a un Centro de Rehabilitación en Chiclayo. 2019. [Tesis para optar el Grado Académico de Bachiller en Psicología] https://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12867/3359/Yraida%20Davila_Trabajo%20de%20Investigacion_Bachiller_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

86. Alfaro J, Peláez A. Esquemas precoces desadaptativos y consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado de Psicología de la UCSM-Arequipa]. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10505>
87. Olarte P. Perfil Sociodemográfico, Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Su Asociación Al Nivel de Consumo de Alcohol, en Estudiantes Adolescentes del Centro Preuniversitario de la Ucsm, Arequipa, 2015. [Tesis para optar por el título de médico cirujano]. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/3185>
88. Rodriguez, J. Factores asociados a la ideación suicida en estudiantes del programa de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa 2019. [Tesis para obtener el Grado Académico de Doctor en Ciencias: Salud Pública]. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/92ec4a1b-d838-4d91-8415-5e528c04e937/content>
89. Quispe, M. Factores asociados al Intento de Suicidio y su Reincidencia en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2019. {Tesis para optar por el título de de Médico Cirujano}. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/10021/70.2546.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
90. Chioqueta AP, Stiles TC. Psychometric properties of the Beck Scale for Suicide Ideation: A Norwegian study with university students. Nord J Psychiatry [Internet]. 2006;60(5):400–4. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2006-20085-009.pdf>
91. Sánchez-Villena AR, Farfán Cedrón E, et al. Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. Acta Colomb Psicol [Internet]. 2022;25(2):158–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14718/acp.2022.25.2.10>
92. Nóbrega M, , Traverso P. Confiabilidad y validez de constructo del autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto, CaMir. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2013;11(1):7-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=801270000008>
93. Londoño C, Pérez M, Velasco S, Pardo C et al. Condiciones psicométricas de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes usada en población colombiana [Internet] Actualidades en Psicología, 33(126). 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/332337941_Condiciones_psicometricas_de_la_Escala_de_Acontecimientos_Vitales_Estresantes_usada_en_poblacion_colombiana
94. Valdez Melo Z, Pérez Olmedo Y, Lavoignet B, Cruz Núñez F, Hernández Landaverde C. Acontecimientos vitales estresantes en mujeres trabajadoras de un mercado del estado de Veracruz, México. Rev Colomb Salud Ocup [Internet]. 2022;11(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18041/2322-634x/rcso.1.2021.6536>
95. Tetrault M, O'Connor P. Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, clinical features, adverse consequences, screening, and assessment. UpToDate [Internet]. 2024. [Citado el 25 de enero del 2023]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/risky-drinking-and-alcohol-use-disorder-epidemiology-clinical-features-adverse-consequences-screening-and-assessment?search=Risky%20drinking%20and%20alcohol%20use%20disorder:%20E>

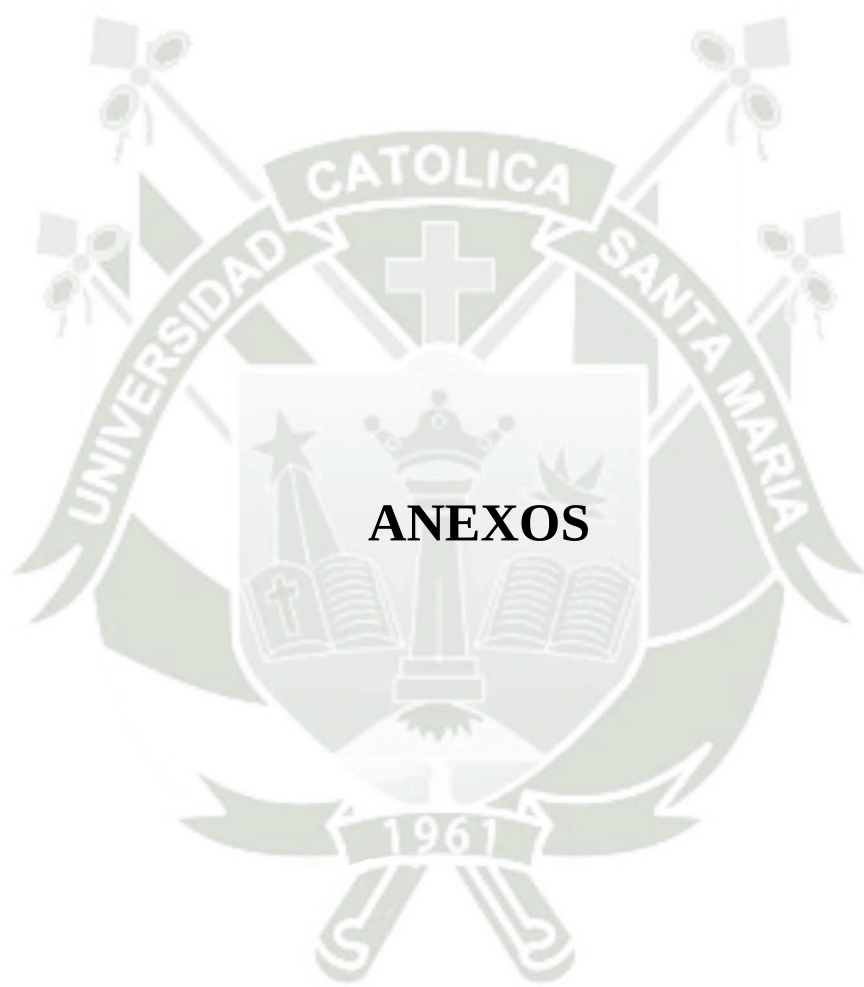
[pidemiology,%20clinical%20features,%20adverse%20consequences,%20screening,%20and%20assessment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-pharmacology-comorbidities-and-adverse-effects?search=Cannabis%20use%20and%20disorder:%20Epidemiology,%20pharmacology,%20comorbidities,%20and%20adverse%20effects&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

96. Kabisa E, Biracyaza E, Habagusenga JD, Umubyeyi A. Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. Subst Abuse Treat Prev Policy [Internet]. 2021;16(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13011-021-00347-0>
97. Gorelick D. Cannabis use and disorder: Epidemiology, pharmacology, comorbidities, and adverse effects. UpToDate [Internet]. 2024. [Citado el 25 de enero del 2023] Disponible en https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-pharmacology-comorbidities-and-adverse-effects?search=Cannabis%20use%20and%20disorder:%20Epidemiology,%20pharmacology,%20comorbidities,%20and%20adverse%20effects&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
98. Bhuiyan S, Islam MA, Kamal A, Jahan MA. The Socio-demographic factors and causes of substance abuse relapse: 36 cases. Ann Int Med Dent Res [Internet]. 2023; Disponible en: https://aimdrjournal.com/wp-content/uploads/2023/05/2.-AIMDR_Ashek_Karimul-9-15.pdf
99. Fleury M-J, Cao Z, Grenier G, Huynh C. Profiles of quality of outpatient care use, associated sociodemographic and clinical characteristics, and adverse outcomes among patients with substance-related disorders. Subst Abuse Treat Prev Policy [Internet]. 2023;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13011-022-00511-0>
100. Tobacco [Internet]. Who.int. [citado el 12 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
101. Woo T. Benzodiazepine use disorder. UpToDate [Internet]. 2022.[Citado el 12 de febrero del 2024] Disponible en https://www.uptodate.com/contents/benzodiazepine-use-disorder?search=Benzodiazepine%20use%20disorder&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
102. Andersson HW, Mosti MP, Nordfjærn T. Suicidal ideation among inpatients with substance use disorders: Prevalence, correlates and gender differences. Psychiatry Res [Internet]. 2022;317(114848):114848. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114848>
103. Hiyoshi A, Berg L, Saarela J, Fall K, Grotta A, Shebehe J, et al. Substance use disorder and suicide-related behaviour around dates of parental death and its anniversaries: a register-based cohort study. Lancet Public Health [Internet]. 2022;7(8):e683–93. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667\(22\)00158-x](http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(22)00158-x)
104. Valdevila J, Ruiz O, Orellana C, Fabelo J, Iglesias S. Conducta suicida y dualidad en trastornos por consumo de sustancias en drogodependientes ecuatorianos. Revista Información científica.[Internet] 29 junio 2021 [Citado 19 de febrero 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5517/551769293007/html/>
105. Branstetter SA, Furman W, Cottrell L. La influencia de las representaciones de apego, la calidad de la relación materno-adolescente y el seguimiento materno sobre el

- uso de sustancias en los adolescentes: un examen longitudinal de dos años . Niño. Desarrollo. (2009) 80 (5)
106. Danielsson AK, Romelsjoe A, Tengstroem A. Consumo excesivo de alcohol en la adolescencia temprana: factores de riesgo y protectores específicos del género . Uso indebido de sustancias (2011) 46 (5).
 107. Zhai ZW, Kirisci L, Tarter RE, Ridenour TA. La desregulación psicológica durante la adolescencia media la asociación del apego entre padres e hijos en la infancia y el trastorno por uso de sustancias en la edad adulta . Soy. J Abuso de drogas y alcohol (2014) 40 (1): 67–74.
 108. Nutt DJ, Lingford-Hughes A, Erritzoe D, Stokes PRA. The dopamine theory of addiction: 40 years of highs and lows. Nat Rev Neurosci [Internet]. 2015;16(5):305–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nrn3939>
 109. Strathearn L. Maternal neglect: Oxytocin, dopamine and the neurobiology of attachment. J Neuroendocrinol [Internet]. 2011;23(11):1054–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2826.2011.02228.x>
 110. Kuo PX, Saini EK, Tengelitsch E, Volling BL. Is one secure attachment enough? Infant cortisol reactivity and the security of infant-mother and infant-father attachments at the end of the first year. Attach Hum Dev [Internet]. 2019;21(5):426–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2019.1582595>
 111. Duran, A. Addictions and attachment: A comparative Study. Research Gate [Internet]. 2022 [citado el 29 de febrero del 2024]. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/364120241_Addictions_and_attachment_a_comparative_study
 112. Ozouni, R., Valizadehb, S. & Nikam, M. (2010). The relationship between attachment styles and suicide ideation: the study of Turkmen students, Iran. Procedia Social and Behavioral Sciences, 5, 1190–1194.
 113. Green, J., Berry, K., Danquah, A., & Pratt, D. (2021). Attachment Security and Suicide Ideation and Behaviour: The Mediating Role of Reflective Functioning. International journal of environmental research and public health, 18(6), 3090. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8002725/>
 114. Cárdenas E, Rodríguez M. Tendencia suicida y dimensiones de estilos de apego en estudiantes de Tacna, 2022. Universidad César Vallejo [citado el 19 de febrero 2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/107383/Cardenas_LEJ-Mardinez_RBA-SD.pdf?sequence=1
 115. Pintado R, Jesús. Apego y riesgo suicida en adolescentes del nivel secundaria de una institución educativa pública del Callao, 2020. [Tesis de Licenciatura] Lima.Universidad César Vallejo.2020.
 116. Bukstein O. Substance use disorder in adolescents: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 20 de febrero del 2024]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/substance-use-disorder-in-adolescents-epidemiology-clinical-features-assessment-and->

[diagnosis?search=Substance%20use%20disorder%20in%20adolescents:%20Epidemiology,%20clinical%20features,%20assessment,%20and%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/document/150)





ANEXO N°01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo de años, he sido informado (a) sobre el trabajo de investigación realizado por estudiantes de medicina de la UCSM- Arequipa, titulado *RELACIÓN ENTRE IDEACIÓN SUICIDA, ESTILO DE APEGO Y EVENTOS ADVERSOS VITALES EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS -2023*.

Manifiesto que estoy de acuerdo y acepto participar en el estudio de forma voluntaria, respondiendo los cuestionarios y al interrogatorio que pueda generar datos pertinentes sobre el tema de investigación, dado que la información proporcionada será estrictamente confidencial y no será utilizada para más que fines de investigación sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo realizar preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme en cualquier parte del mismo si así lo considero, sin que eso signifique algún perjuicio para mi persona.

Arequipa, ... de del 2023

Firma y huella digital

ESCALA SUICIDA DE BECK

Edad:

Sexo:

Fecha:

Lea con mucha atención el cuestionario y encierre en un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTIVIDADES HACIA LA VIDA

1) Su deseo de vivir es:

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Mediano o poco (débil)
- 2. No tengo deseo (inexistente)

2) Su deseo de morir es:

- 0. No tengo deseos de morir
- 1. Pocos deseos de morir
- 2. Moderado a fuerte

3) Sus razones para vivir/morir son:

- 0. Vivir supera a morir
- 1. Equilibrado (es igual)
- 2. Morir supera vivir

4) Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:

- 0. Ninguno (inexistente)
- 1. Poco (débil)
- 2. Moderado a fuerte

5) Realizar un intento de suicidio pasivo:

- 0. Tomaría precauciones para salvar mi vida
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener mi vida

Nota. Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es “0”, deje de contestar el resultado

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS

6) Su duración de Pensamientos/Deseos de Suicidio es

- 0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros
- 1. Temporadas o periodos largos
- 2. Duran un tiempo largo o continuo

7) Su frecuencia de Pensamientos/Deseos de suicidio son:

- 0. Rara vez, ocasionalmente (baja)
- 1. Frecuentemente pienso/deseo
- 2. Casi todo el tiempo pienso/deseo

10) Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)

- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene
- 1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen
- 2. No tiene/Mínimo interés en las razones que detienen

Indicar cuáles son los factores que detienen la tentativa de suicidio

.....
.....
.....
.....
.....

8) Su actitud hacia los Pensamientos/Deseos es:

- 0. Rechazo los pensamientos/deseos
- 1. Ambivalente/ Indiferente
- 2. Aceptación de pensamientos/deseos

11) Sus razones para Pensar/Desear el intento suicida:

- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
- 1. Combinación de 0-2
- 2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas

9) Su control sobre la acción/deseo de suicidio:

- 0. Tiene capacidad de control
- 1. Inseguridad de capacidad de control
- 2. No tiene capacidad de control

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método: Especificidad/Oportunidad de pensar el intento:

- 0. Sin considerar método o plan
- 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles
- 2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados

13. El método: Disponibilidad/Oportunidad de pensar el intento:

- 0. Método no disponible: no oportunidad
- 1. Método requería tiempo/esfuerzo: oportunidad no disponible realmente
- 2. Método y oportunidad disponible
- 2a. Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método

14. La sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento:

- 0. No tiene el valor o capacidad (debilidad o asustado)
- 1. No está seguro de tener valor o capacidad
- 2. Está seguro de tener valor

15. La expectativa de anticipación de un intento real:

- 0. No
- 1. Sin seguridad, sin claridad
- 2. Si

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. La preparación real de realizarlo:

- 0. Ninguna preparación
- 1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
- 2. Completa (preparativos terminados)

17. La nota suicida:

- 0. No se ha escrito nota o carta (ninguna)
- 1. Solo pensada, iniciada, sin terminar
- 2. Nota o carta escrita (terminada)

18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, arreglos o pagos, regalos):

- 0. No
- 1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales
- 2. Planes realizados y arreglos finales

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida

- 0. Revela las ideas abiertamente
- 1. Evita o revela las ideas con reserva
- 2. Encubre, oculta o engaña y miente

20. Intento de suicidio anteriores

- 0. No ha intentado
- 1. Uno
- 2. Más de uno

AUTOCUESTIONARIO DE MODELOS INTERNOS DE RELACIONES DE APEGO ADULTO (CAMIR-R)

Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2010.

Adaptada por Gomez, 2012

Edad:

Sexo:

Fecha:

INSTRUCCIONES

El siguiente cuestionario presenta una serie de situaciones que tratarán sobre diversos acontecimientos y aspectos de momentos pasados o presentes. Indica la frecuencia con la que estos se presentan y ; para ello deberás marcar con una “X” en el recuadro que se ajuste a tu respuesta:

1. *Totalmente en desacuerdo*
2. *En desacuerdo*
3. *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*
4. *De acuerdo*
5. *Totalmente de acuerdo*

Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas. Sé honesto con las vivencias has tenido y elige una respuesta.

Nº	ÍTEM	1	2	3	4	5
1	Cuando yo era niño(a) mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo					
2	Cuando yo era niño(a) sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos					
3	En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo					
4	Cuando yo era niño (a) encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no encontrarlo en otra parte					
5	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos					
6	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez me parecen, en general, positivas					
7	Siento confianza en mis seres queridos					
8	No puedo concentrarme sobre otra cosa sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas					
9	Siempre estoy preocupado (a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos					
10	A menudo me siento preocupado (a), sin razón, por la salud de mis seres queridos					
11	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos					
12	La idea de una separación momentánea de uno de mis seres queridos me deja una sensación de inquietud					

13	Cuando me alejo de mis seres queridos no me siento bien conmigo mismo					
14	Cuando yo era niño(a) se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad que me sentía aprisionado (a)					
15	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso amigos					
16	Mis padres no se han dado cuenta de que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia					
17	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo he sido					
18	Es importante que el niño(a) aprenda a obedecer					
19	Los niños(as) deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia					
20	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante					
21	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería					
22	Cuando era niño(a) tenían una actitud de dejarme hacer las cosas					
23	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario					
24	Detesto el sentimiento de depender de los demás					
25	De adolescente nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones					
26	Solo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas					
27	A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientes buenos para los padres					
28	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles					
29	Cuando era niño(a) había peleas insoportables en casa					
30	Cuando yo era niño(a) tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos					
31	Cuando yo era niño(a) a menudo mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables					
32	Cuando yo era niño(a) teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia					

ESCALA DE EVENTOS ADVERSOS VITALES

Holmes y Rahe, 1976

Nombres y apellidos:

Edad:

Sexo:

Fecha:

Lee minuciosamente cada enunciado de la escala del estrés y marca con un aspa los eventos que hayan tenido lugar en tu vida personal durante el último año.

- | | |
|--|---|
| ● Muerte del cónyuge-100 | ● Hijo o hija que deja el hogar- 29 |
| ● Divorcio- 73 | ● Problemas legales- 29 |
| ● Separación matrimonial- 65 | ● Logro personal notable- 28 |
| ● Encarcelamiento- 63 | ● La esposa comienza o deja de trabajar- 26 |
| ● Muerte de un familiar cercano- 63 | ● Comienzo o fin de la escolaridad- 26 |
| ● Lesión o enfermedad personal- 53 | ● Cambio en las condiciones de vida- 25 |
| ● Matrimonio- 50 | ● Revisión de hábitos personales- 24 |
| ● Despido del trabajo- 47 | ● Problemas con el jefe- 23 |
| ● Paro- 47 | ● Cambio de turno o de condiciones laborales- 20 |
| ● Reconciliación matrimonial- 45 | ● Cambio de residencia- 20 |
| ● Jubilación- 45 | ● Cambio de colegio- 20 |
| ● Cambio de salud de un miembro de la familia- 44 | ● Cambio de actividades de ocio- 19 |
| ● Drogadicción y/o alcoholismo- 44 | ● Cambio de actividad religiosa- 19 |
| ● Embarazo- 40 | ● Cambio de actividades sociales- 18 |
| ● Dificultades o problemas sexuales- 39 | ● Cambio de hábito de dormir- 17 |
| ● Incorporación de un nuevo miembro a la familia- 39 | ● Cambio en el número de reuniones familiares- 16 |
| ● Reajuste de negocio- 39 | ● Cambio de hábitos alimentarios- 15 |
| ● Cambio de situación económica- 38 | ● Vacaciones- 13 |
| ● Muerte de un amigo íntimo- 37 | ● Navidades- 12 |
| ● Cambio en el tipo de trabajo- 36 | ● Leves transgresiones de la ley- 11 |
| ● Mala relación con el cónyuge- 35 | |
| ● Juicio por crédito o hipoteca- 30 | |
| ● Cambio de responsabilidad en el trabajo- 29 | |

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 27 de febrero de 2024

Investigadoras Maria Luciana Cortez Gamboa
 Milagros Arianela Choque Lazo

Presente. -

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: "INFLUENCIA DE LOS ESTILOS DE APEGO Y EVENTOS ADVERSOS VITALES SOBRE LA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS".



Investigadoras a cargo de la investigación: Maria Luciana Cortez Gamboa y Milagros Arianela Choque Lazo.

TIPO Y DISEÑO: Básica, descriptiva, correlacional, retrospectiva, no experimental, transversal.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar la relación entre ideación suicida con el estilo de apego y/o los eventos adversos vitales en pacientes con trastornos por consumo de sustancias.

PROCEDIMIENTOS: Ficha de recolección de datos.

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes con edades comprendidas en el rango de 18 a 65 años con el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

RIESGO DEL ESTUDIO:

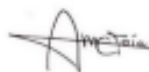
Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
023 - 2024



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

ANEXO N°2 MATRIZ DE DATOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES

	Sexo	Edad	Sustancia
1	Masculino	43	Alcohol
2	Femenino	38	Cocaína
3	Masculino	27	Alcohol
4	Femenino	19	Marihuana
5	Masculino	30	Marihuana
6	Masculino	24	Alcohol y marihuana
7	Masculino	22	Alcohol y cocaína
8	Femenino	44	Alcohol
9	Masculino	23	Alcohol
10	Masculino	28	Alcohol y marihuana
11	Masculino	22	Marihuana, cocaína, terokal, tabaco y alcohol
12	Femenino	44	Alcohol
13	Masculino	30	Tabaco, marihuana, LSD, cocaína, heroína, alcohol
14	Femenino	24	Marihuana, cocaína, alcohol
15	Masculino	22	Alcohol, cocaína, marihuana
16	Masculino	41	Alcohol
17	Masculino	31	Cocaína
18	Masculino	22	Marihuana
19	Femenino	34	Marihuana y alcohol
20	Masculino	40	Alcohol
21	Masculino	52	Cocaína
22	Masculino	27	Marihuana, cocaína y alcohol
23	Masculino	23	Alcohol
24	Femenino	18	Alcohol y marihuana
25	Femenino	24	Alcohol
26	Masculino	22	Alcohol
27	Masculino	23	Alcohol
28	Femenino	25	marihuana
29	Masculino	22	Marihuana
30	Masculino	29	Cocaína, alcohol, marihuana y tabaco
31	Masculino	29	Marihuana
32	Masculino	24	Alcohol
33	Masculino	46	Alcohol
34	Femenino	20	Marihuana
35	Femenino	19	Marihuana

36	Femenino	24	Cocaína, marihuana y ketamina
37	Femenino	28	Alcohol, cocaína, heroína, marihuana y terokal
38	Masculino	50	Alcohol
39	Masculino	21	Alcohol
40	Masculino	28	Cocaína, alcohol, marihuana y benzodiacepinas
41	Femenino	31	Alcohol y tabaco
42	Masculino	35	Alcohol
43	Masculino	48	Alcohol
44	Masculino	36	Alcohol
45	Masculino	23	Alcohol
46	Femenino	20	Alcohol y marihuana
47	Masculino	19	Alcohol
48	Masculino	41	Alcohol
49	Femenino	18	Alcohol, benzodiacepinas y marihuana
50	Masculino	38	Alcohol
51	Femenino	23	Marihuana
52	Femenino	18	Marihuana y alcohol
53	Femenino	44	Alcohol
54	Femenino	41	Alcohol
55	Masculino	33	Ketamina, alcohol y marihuana
56	Masculino	20	Marihuana
57	Masculino	30	Alcohol
58	Masculino	24	Alcohol
59	Masculino	20	Alcohol
60	Masculino	64	Alcohol
61	Masculino	29	Alcohol, cocaína, terokal
62	Femenino	19	Alcohol, tabaco, marihuana
63	Femenino	35	Alcohol, marihuana
64	Femenino	55	Alcohol
65	Masculino	29	Alcohol
66	Masculino	35	Alcohol
67	Masculino	60	Alcohol
68	Femenino	23	Alcohol
69	Masculino	32	Alcohol, marihuana
70	Femenino	19	Alcohol, tabaco, marihuana
71	Masculino	53	Alcohol
72	Masculino	56	Alcohol
73	Masculino	30	Alcohol
74	Masculino	36	Cocaína
75	Masculino	30	Alcohol
76	Femenino	35	Alcohol
77	Masculino	29	Alcohol
78	Femenino	47	Alcohol y tabaco

79	Masculino	63	Alcohol y tabaco
80	Masculino	59	Alcohol
81	Masculino	40	Alcohol
82	Masculino	40	Alcohol
83	Masculino	62	Alcohol y benzodiazepinas
84	Masculino	48	Alcohol
85	Femenino	38	Alcohol y marihuana
86	Masculino	21	Alcohol
87	Femenino	39	Alcohol
88	Masculino	24	Alcohol
89	Masculino	26	Alcohol y tabaco
90	Femenino	28	Alcohol y cocaína
91	Masculino	48	Alcohol
92	Masculino	28	Marihuana y tabaco
93	Femenino	38	Alcohol, marihuana y cocaína

CAMIR-R

PX	1 SEGURIDAD		2 PREOCUPACIÓN FAMILAR	3 INTERFERENCIA DE PADRES	4 VALOR DE AUTORIDAD	5 PERMISIVIDAD	6 AUTOSUFICIENCIA	7 TRAUMA	INTERPRETACIÓN
1	23,1	Inseguro	71,5	78,3	62,1	71,5	79,9	94,9	Inseguro evitativo
2	38,5	Inseguro	57	54,1	62,1	56,7	57,6	82,6	Inseguro evitativo
3	-10,3	Inseguro	37,7	47,2	46,9	81,4	67,1	79,5	Inseguro evitativo
4	61,6	Seguro	69,1	71,4	57	71,5	57,6	45,7	Seguro
5	30,8	Inseguro	32,9	64,5	31,7	46,8	41,6	67,2	Inseguro ansioso
6	41	Inseguro	52,2	71,4	62,1	71,5	67,1	79,5	Inseguro ansioso
7	61,6	Seguro	52,2	57,6	62,1	56,7	32,1	39,6	Seguro
8	0	Inseguro	42,6	50,7	46,9	51,7	76,7	85,7	Inseguro evitativo
9	51,3	Seguro	47,4	64,5	62,1	46,8	51,2	85,7	Seguro
10	61,6	Seguro	76,3	78,3	62,1	36,9	67,1	101	Seguro

11	10,2	Insegu ro	32,9	64,5	51,9	76,4	67,1	82,6	Insegu ro evitativo
12	2,5	Insegu ro	30,5	71,4	51,9	81,4	73,5	91,8	Insegu ro desorganizado
13	17,9	Insegu ro	47,4	57,6	26,7	71,5	60,7	64,2	Insegu ro evitativo
14	20	Insegu ro	61,8	78,3	62,1	91,2	60,7	94,9	Insegu ro desorganizado
15	48,8	Insegu ro	40,2	68	57	66,6	73,5	82,6	Insegu ro evitativo
16	17,9	Insegu ro	45	71,4	62,1	61,6	51,2	88,8	Insegu ro ansioso
17	61,6	Segur o	61,8	64,5	62,1	46,8	48	55	Seguro
18	41	Insegu ro	52,2	68	62,1	76,4	54,4	79,5	Insegu ro ansioso
19	30,8	Insegu ro	49,8	57,6	62,1	36,9	60,7	101	Insegu ro desorganizado
20	10,2	Insegu ro	40,2	50,7	46,9	96,2	60,7	91,8	Insegu ro desorganizado
21	59	Segur o	45	57,6	62,1	51,7	41,6	61,1	Seguro
22	12,8	Insegu ro	45	50,7	46,9	91,2	63,9	91,8	Insegu ro desorganizado
23	56,5	Segur o	71,5	71,4	57	81,4	73,5	88,8	Seguro
24	48,8	Insegu ro	57	61	57	66,6	44,8	39,6	Insegu ro ansioso
25	33,3	Insegu ro	54,6	57,6	41,8	71,5	51,2	70,3	Insegu ro ansioso
26	56,5	Segur o	37,7	61	57	66,6	44,8	61,1	Seguro
27	51,3	Segur o	57	64,5	62,1	71,5	51,2	88,8	Seguro
28	56,5	Segur o	61,8	68	62,1	46,8	60,7	58	Seguro
29	15,4	Insegu ro	37,7	57,6	31,7	81,4	73,5	98	Insegu ro desorganizado
30	48,8	Insegu ro	59,4	57,6	62,1	66,6	48	91,8	Insegu ro desorganizado
31	43,6	Insegu ro	54,6	71,4	57	76,4	70,3	88,8	Insegu ro ansioso
32	12,8	Insegu ro	42,6	57,6	21,6	61,6	73,5	98	Insegu ro desorganizado
33	46,2	Insegu ro	47,4	64,5	62,1	91,2	67,1	91,8	Insegu ro desorganizado

34	61,6	Seguro	73,9	71,4	62,1	61,6	54,4	85,7	Seguro
35	10,2	Inseguro	47,4	64,5	41,8	51,7	60,7	101	Inseguro desorganizado
36	12,8	Inseguro	66,7	61	31,7	46,8	67,1	88,8	Inseguro ansioso
37	17,9	Inseguro	45	43,8	51,9	51,7	67,1	79,5	Inseguro evitativo
38	46,2	Inseguro	54,6	57,6	36,8	61	60,7	61,1	Inseguro evitativo
39	25,6	Inseguro	64,3	54,1	62,1	36,9	67,1	101	Inseguro desorganizado
40	17,9	Inseguro	52,2	50,7	46,9	76,4	57,6	88,8	Inseguro evitativo
41	38,5	Inseguro	57	61	62,1	66,6	70,3	85,7	Inseguro evitativo
42	28,2	Inseguro	40,2	85,2	57	61,6	38,5	70,3	Inseguro ansioso
43	43,6	Inseguro	47,4	54,1	46,9	76,4	73,5	73,4	Inseguro evitativo
44	20,5	Inseguro	61,8	50,7	62,1	41,9	57,6	91,8	Inseguro desorganizado
45	41	Inseguro	59,4	71,4	46,9	71,5	67,1	91,8	Inseguro desorganizado
46	43,6	Inseguro	61,8	71,4	46,9	81,4	54,4	64,2	Inseguro ansioso
47	10,2	Inseguro	40,2	50,7	31,7	61,6	63,9	88,8	Inseguro ansioso
48	0	Inseguro	57	43,8	62,1	76,4	28,9	51,9	Inseguro ansioso
49	48,8	Inseguro	45	57,6	62,1	51,7	54,4	48,8	Inseguro evitativo
50	51,3	Seguro	66,7	64,5	62,1	76,4	73,5	94,9	Seguro
51	-5,2	Inseguro	76,3	85,2	62,1	66,6	79,9	101	Inseguro desorganizado
52	-10,3	Inseguro	37,7	43,8	62,1	76,4	79,9	101	Inseguro desorganizado
53	-5,2	Inseguro	32,9	57,6	36,8	61,6	60,7	88,8	Inseguro evitativo
54	53,9	Seguro	37,7	54,1	51,9	71,5	48	76,5	Seguro
55	41	Inseguro	54,6	57,6	62,1	66,6	67,1	76,5	Inseguro evitativo
56	33,3	Inseguro	18,5	50,7	62,1	36,9	32,1	67,2	Inseguro ansioso

57	35,9	Inseguro	49,8	71,4	46,9	71,5	54,4	61,1	Inseguro ansioso
58	43,6	Inseguro	61,8	71,4	46,9	71,5	60,7	85,7	Inseguro ansioso
59	5,1	Inseguro	42,6	36,9	46,9	36,9	67,1	82,6	Inseguro evitativo
60	61,6	Seguro	73,9	85,2	51,9	66,6	73,5	64,2	Seguro
61	41	Inseguro	57	50,7	46,9	61,6	41,6	73,4	Inseguro ansioso
62	28,2	Inseguro	52,2	61	57	66,6	70,3	101	Inseguro desorganizado
63	46,2	Inseguro	52,2	61	62,1	76,4	54,4	48,8	Inseguro ansioso
64	28,2	Inseguro	42,6	57,6	31,7	66,6	57,6	85,7	Inseguro evitativo
65	17,9	Inseguro	54,6	50,7	62,1	81,4	67,1	79,5	Inseguro evitativo
66	41	Inseguro	42,6	85,2	62,1	71,5	79,9	98	Inseguro desorganizado
67	23,1	Inseguro	47,4	61	62,1	56,7	70,3	64,2	Inseguro evitativo
68	48,8	Inseguro	59,4	71,4	51,7	76,4	51,2	61,1	Inseguro ansioso
69	28,2	Inseguro	57	61	51,9	51,7	70,3	91,8	Inseguro desorganizado
70	28,2	Inseguro	52,2	61	51,9	66,6	70,3	101	Inseguro desorganizado
71	61,6	Seguro	45	64,5	62,1	86,3	76,7	55	Seguro
72	61,6	Seguro	54,6	85,2	62,1	41,9	67,1	64,2	Seguro
73	-5,2	Inseguro	32,9	57,6	46,9	66,6	70,3	101	Inseguro desorganizado
74	61,6	Seguro	59,4	71,4	62,1	86,3	54,4	48,8	Seguro
75	61,6	Seguro	64,3	61	57	81,4	67,1	55	Seguro
76	56,5	Seguro	52,2	71,4	62,1	61,6	67,1	51,9	Seguro
77	5,1	Inseguro	37,7	54,1	57	36,9	73,5	94,4	Inseguro desorganizado
78	15,4	Inseguro	76,3	74,9	62,1	96,2	79,9	79,5	Inseguro evitativo
79	61,6	Seguro	49,8	43,8	62,1	61,6	63,9	39,6	Seguro

80	5,1	Inseguro	32,9	43,8	62,1	91,2	79,9	67,2	Inseguro evitativo
81	7,7	Inseguro	57	50,7	62,1	41,9	70,3	85,7	Inseguro evitativo
82	-2,6	Inseguro	40,2	50,7	46,9	51,7	67,1	101	Inseguro desorganizado
83	41	Inseguro	66,7	64,5	41,8	96,2	70,3	73,4	Inseguro evitativo
84	12,8	Inseguro	66,7	57,6	62,1	76,4	60,7	101	Inseguro desorganizado
85	28,2	Inseguro	28,1	57,6	62,1	71,5	63,9	79,5	Inseguro evitativo
86	56,5	Seguro	54,6	61	62,1	96,2	63,9	73,4	Seguro
87	61,6	Seguro	76,3	57,6	62,1	96,2	79,9	88,8	Seguro
88	41	Inseguro	40,2	64,5	62,1	91,2	57,6	79,5	Inseguro evitativo
89	10,2	Inseguro	37,7	57,6	51,9	46,8	67,1	101	Inseguro desorganizado
90	12,8	Inseguro	47,4	64,5	62,1	36,9	73,5	91,8	Inseguro desorganizado
91	2,5	Inseguro	25,7	57,6	62,1	66,6	79,9	101	Inseguro desorganizado
92	59	Seguro	37,7	50,7	62,1	71,5	57,6	39,6	Seguro
93	0	Inseguro	23,3	54,1	62,1	86,3	79,9	98	Inseguro desorganizado

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

P																				TOT
X	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	AL
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
3	1	2	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0	1	2	2	0	0	0	0	19
4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	0	0	1	1	0	0	0	1	21

9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
10	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	5
11	2	2	2	2	2	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0	0	0	22
12	1	1	2	2	2	0	1	2	2	1	2	1	2	1	2	0	2	2	28
13	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	1	2	2	0	1	0	2	21
14	0	2	1	1	2	1	0	2	0	0	2	0	2	0	1	2	2	0	20
15	0	0	0	2	1	0	0	1	0	2	2	1	2	2	0	1	2	0	18
16	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	1	2	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	9
21	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	1	2	2	2	2	2	0	0	17
22	1	1	2	1	2	0	1	1	1	1	1	1	2	1	0	1	0	0	18
23	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	1	2	1	1	11
24	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
25	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	11
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
28	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	2	0	0	1	1	0	0	0	12
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

3																				
2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3																				
3	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	17
3																				
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3																				
5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3																				
6	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	5
3																				
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3																				
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3																				
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4																				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4																				
1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
4																				
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4																				
3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
4																				
4	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	9
4																				
5	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
4																				
6	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
4																				
7	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
4																				
8	0	1	0	1	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	8
4																				
9	0	1	0	2	0	0	0	2	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	9
5																				
0	1	2	0	2	2	1	0	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	2	15
5																				
1	1	1	1	2	1	1	0	0	0	1	2	0	1	2	0	0	0	0	1	14
5																				
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	36
5																				
3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
5																				
4	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	1	0	1	10

55	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
56	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	0	1	2	1	1	0	0	0	1	14
57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
58	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	1	10
59	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	30
60	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
61	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
62	1	1	2	2	0	1	1	2	0	2	2	1	1	1	2	1	0	2	2	24
63	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
64	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
65	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	0	0	2	0	0	24
66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
67	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
69	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	1	12
70	1	2	2	2	0	1	1	2	0	2	2	1	1	1	2	1	0	2	2	25
71	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
73	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
74	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
76	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
77	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

7																					
8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
7																					
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8																					
0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
8																					
1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
8																					
2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	15
8																					
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8																					
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8																					
5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
8																					
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8																					
7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
8																					
8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
8																					
9	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0	0	1	10	
9																					
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
9																					
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
9																					
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9																					
3	1	2	2	1	1	2	1	1	0	1	2	1	2	1	1	0	0	0	1	20	

EVENTOS ADVERSOS VITALES

	Nº EVA	Puntuación	>200
1	10	368	Si
2	12	280	Si
3	9	269	Si
4	11	320	Si
5	13	409	Si
6	24	777	Si
7	16	487	Si
8	13	519	Si
9	8	206	Si

10	10	195	No
11	25	763	Si
12	21	703	Si
13	18	556	Si
14	26	1026	Si
15	12	329	Si
16	21	760	Si
17	9	320	Si
18	15	502	Si
19	11	378	Si
20	10	386	Si
21	6	266	Si
22	10	384	Si
23	5	238	Si
24	8	198	No
25	5	153	No
26	6	211	Si
27	14	563	Si
28	12	418	Si
29	8	337	Si
30	3	139	No
31	5	152	No
32	6	170	No
33	12	436	Si
34	16	562	Si
35	11	370	Si
36	14	540	Si
37	21	720	Si
38	4	159	No
39	8	310	Si
40	12	407	Si
41	10	309	Si
42	9	241	Si
43	10	293	Si
44	18	626	Si
45	18	511	Si
46	7	258	Si
47	8	257	Si
48	20	741	Si
49	14	468	Si
50	17	558	Si
51	24	745	Si
52	13	394	Si

53	10	341	Si
54	28	1007	Si
55	21	678	Si
56	9	243	Si
57	21	554	Si
58	7	258	Si
59	13	409	Si
60	11	417	Si
61	5	199	No
62	17	568	Si
63	6	178	No
64	4	174	No
65	12	357	Si
66	5	266	Si
67	5	194	No
68	10	298	Si
69	21	581	Si
70	17	532	Si
71	14	398	Si
72	23	773	Si
73	7	274	Si
74	12	389	Si
75	6	130	No
76	15	611	Si
77	5	191	No
78	8	227	Si
79	10	324	Si
80	18	540	Si
81	6	234	Si
82	5	195	No
83	16	597	Si
84	21	744	Si
85	5	158	No
86	5	162	No
87	11	348	Si
88	7	198	No
89	7	247	Si
90	7	223	Si
91	10	432	Si
92	10	292	Si
93	18	566	Si