



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

FACULTAD DE MEDICINA

Trabajo de titulación previo a la obtención de título médico

**Prevalencia de psicosis, factores asociados y comorbilidades
en las áreas rurales de la ciudad de Cuenca en el año 2018**

Autor: Angel Israel López Telenchana

Directora: Dra. Yolanda Dávila

Asesor Metodológico: Dr. Fray Martínez Reyes

Lugar y Fecha: Cuenca, 08 de enero de 2021

Director de tesis

PhD. Yolanda Dávila Pontón ^{2, 4} + 593 995888021 ydavila@uazuay.edu.ec

Investigadores

- Juan Aguilera Muñoz ^{1, 4} +593 99774878 jaguilera@uazuay.edu.ec

- Md. Miriann Mora Verdugo ^{3, 4} + 593 989651399 mmora@uazuay.edu.ec

- Angel Israel López Telenchana ⁵ + 593 986680859 lopezi@hotmail.com

Asesor metodológico:

Fray Martínez Reyes ^{6, 4} +593 99886240 fraymartinezreyes@hotmail.com

1. Médico Psiquiatra
2. PhD. en Psicoterapia
3. Médico Familiar. Maestría en Gerencia de la salud
4. Profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay
5. Estudiante de Medicina de la Universidad del Azuay
6. Médico General. Maestría en Investigación en salud. Maestría en gerencia

Contents

RESUMEN	1
Lista de Términos	3
1.0 Introducción	4
1.2 Epidemiología	5
1.3 Predominio de la edad y el sexo	6
1.4 Síntomas	6
1.5 Criterios diagnósticos para el trastorno Psicótico según el DSM-5	7
1.5.1 Trastorno de delirio	8
1.5.2 Trastorno esquizotípico	8
1.5.3 Trastorno psicótico breve	9
1.5.3 Trastorno Esquizofreniforme	10
1.5.4 Esquizofrenia	10
1.5.5 Trastorno esquizoafectivo	11
1.5.6 Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos	12
1.5.7 Trastorno psicótico debido a otra afectación médica	12
1.5.8 Catatonia	12
1.5.9 Otro espectro de esquizofrenia y otros desórdenes psicóticos	12
1.6 Etiología y fisiopatología del TP	13
2.0 Metodología	15
3.0 Resultados	17
4.0 Discusión	20
4.1 Debilidades	22
4.2 Fortalezas	22
5.0 Conclusiones	23
6.0 Agradecimiento	24
7.0 Bibliografía	25
8.0 Anexos	31
8.1 Anexo 1.- MINI mental de Trastorno Psicóticos	31
8.2 Anexo 2.- ficha demográfica	33
8.3 Anexo 3.- Consentimiento informado	35
8.4 Anexo 4.- Distribución de la muestra según los sectores del área rural	35

RESUMEN

Introducción: La psicosis son un grupo de enfermedades mentales que causan deterioro neurológico además de la incapacidad funcional del paciente. **Objetivo:** Describir la prevalencia de psicosis, factores asociados y comorbilidades en las áreas rurales de la ciudad de Cuenca. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal-analítico en el periodo comprendido entre enero del 2018 a diciembre del 2019. **Población y muestra:** Estuvo conformado por 199 506 habitante, el estudio se realizó en las parroquias: El Valle, Tarqui y Checa, se obtuvo una muestra de 984. **Resultados:** 5,7% presentaron psicosis. El sexo masculino con una prevalencia de 55%, con una edad promedio de 43 años. Además de estudiarse otras variables. **Conclusión:** se presentó una alta prevalencia de psicosis con una mayor prevalencia en hombres. El factor de no convive con pareja fue el principal factor para presentar el trastorno.

PALABRAS CLAVES:

Psicosis, prevalencia, factores de riesgo, comorbilidades

Abstract

Introduction: Psychosis is a group of mental illnesses that cause neurological deterioration in addition to the functional disability of the patient.

Objective: To describe the prevalence of psychosis, associated factors and comorbidities in rural areas of the city of Cuenca. **Materials and methods:** A

descriptive cross-sectional-analytical study was carried out in the period from January 2018 to December 2019. **Population and sample:** It consisted of

199,506 inhabitants, the study was carried out in the parishes: El Valle, Tarqui and Checa, a sample of 984 was obtained. **Results:** 5.7% presented

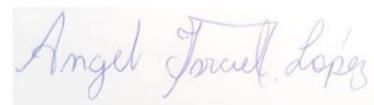
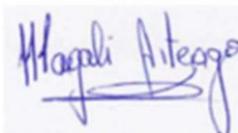
psychosis. The male sex with a prevalence of 55%, with an average age of 43 years. In addition to studying other variables. **Conclusion:** there was a

high prevalence of psychosis with a higher prevalence in men. The factor of not living with a partner was the main factor to present the disorder.

KEYWORDS:

Psychosis, prevalence, risk factors, comorbidities

Translated by



Ángel López

Lista de términos

Neurosis: escrito por primera vez por el médico William Cullen en 1769, “enfermedad de los nervios”.

Parafrenia: del griego para: a un lado, y fren: diafragma o centro de emociones.

Catatonía: del griego cata: abatimiento y tonus: estado de inmovilización psicomotora.

Demencia: debilitamiento intelectual. Precoz (edad temprana). Aludiendo a Demencia Precoz.

Esquizofrenia: schizein: dividir, disgregar. Disgregación del centro de emociones.

DSM-5: del inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ta edición.

CIE-10: clasificación internacional de enfermedades, 10. A edición

1.0 Introducción

Según la OMS (Organización mundial de la Salud) la salud mental es un estado mental de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (1)

Mantener una población con una buena salud mental es de importancia para que un individuo tenga las capacidades de manejar eventos, rebasar obstáculos de la vida cotidiana, y pueda trabajar para lograr metas y desarrollarse de manera efectiva dentro del núcleo de su sociedad. La OMS sugiere que el 10% al 15% de niños y adolescentes son afectados de algún trastorno mental y de 2,5% a 3% en la población adulta.

1.1 Definición

La psicosis es una enfermedad definida como una pérdida del contacto de la realidad, en la que el individuo por lo tanto pierde un contacto consigo mismo provocando una transformación con sus relaciones. (2)(3)

En el DSM-5 en el capítulo de “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos) refiere que estos trastornos se conceptualizan como anomalías en uno o más de los cinco dominios: delirios, alucinaciones, comportamiento motor extremadamente desorganizado o anormal (incluida catatonía), síntomas negativos y pensamiento (habla) desorganizada. Tanto el DSM V (2013) y el CIE-10 consagran algunas páginas para hablar de los trastornos psicóticos. El primero incluye 6 categorías: 1) trastorno delirante, 2) trastorno psicótico breve, 3) trastorno esquizofreniforme, 4) esquizofrenia, 5) trastorno esquizoafectivo, y 6) trastorno psicótico. De igual manera el CIE-10 lo clasifica en 1) esquizofrenia, 2) trastorno esquizotípico, 3) trastornos delirantes persistentes, 4) trastornos psicóticos agudos y transitorio, 5) trastorno delirante inducido y 6) trastornos esquizoafectivos.

1.2 Epidemiología

Se estima que entre el 13 a 23% de las personas experimentan síntomas psicóticos en algún momento de su vida, y entre el 1 al 4% cumplen los criterios para un trastorno psicótico.(2)

La incapacidad que produce para el individuo que posee alguna discapacidad mental es enorme, sin mencionar el deterioro de sus relaciones interpersonales. Un estudio realizado en España en el año 2010 constató que el ausentismo a los trabajos por trastornos mentales fue significativo, sin mencionar que aquellos que van a su lugar de oficio, rinden de manera inferior. (4) Según datos de la Agencia Europea para la seguridad y Trabajo (EU-OSHA) entre el 50 al 60% de las ausencias al año se producen por situaciones de estrés, produciendo al año solo en España la depresión una pérdida de 5.005 millones de euros anuales.(5) Los trastornos psicóticos y síndromes esquizofrénicos son sin duda alguna los trastornos mentales que más prejuicios causan en sufrimiento y costos económicos para la familia y país sin mencionar como previamente se dijo los daños psicológicos micro y macrosociales. Solo en 1999 los gastos directos de salud en Estados Unidos fueron el 2,5% un aproximado de 19.000 millones de dólares. (6)

Un estudio realizado para observar la prevalencia en América Latina y el caribe, mediante el estudio de PSE, reveló una prevalencia de esquizofrenia sumamente alta del 3%, la psicosis afectiva presentó un 4%, paranoia 0.2% entre otros.(7)

La esquizofrenia uno de los trastornos más graves dentro de este grupo representa el 1% en toda la población. Representa el 3% del gasto total sanitario en países desarrollados.(7) La mortalidad por suicidio es 10 veces más que la población general.(3)

La psicosis se encuentra en más de 21 millones de personas según datos del 2018 de la OMS. Estos trastornos pueden dificultar que la persona trabaje o estudie con normalidad. (8)

1.3 Predominio de la edad y el sexo

La incidencia de nuevos casos es de 50 de cada 100 000 personas. Puede iniciar desde la adolescencia, se encuentra entre un rango de 15 a 30. Es más común en hombres que en mujeres, tienen una incidencia de 40% superior a las mujeres, suele iniciar a edades entre 10 a 25 años y en mujeres de 25 a 35 años. Entre un 3% a 10% las mujeres suelen presentar los primeros síntomas a los 40 años. Algunos pacientes pueden presentar sus primeros episodios a los 10 años, pero con peor pronóstico y a los 60 años.(9)(10) (3)

1.4 Síntomas

Las manifestaciones clínicas se pueden presentar en gran variedad de signos y síntomas como delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento, agitación/agresión o comportamiento motor muy desorganizado (incluido la catatonía) y síntomas negativos (2)(11)

1.5 Criterios diagnósticos para el trastorno Psicótico según el DSM-5

Espectro de la Esquizofrenia y otros desórdenes psicóticos	Trastorno Esquizotípico
	Trastorno Delirante
	Trastorno Psicótico Breve
	Trastorno Esquizofreniforme
	Esquizofrenia
	Trastorno esquizoafectivo
	Trastorno Psicótico inducido por sustancias/medicamentos
	Trastorno Psicótico debido a otra afección Médica
	Catatonía asociada a otro trastorno mental
	Trastorno catatónico debido a otra fección médica
	Catatonía no especificada
	Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico
	Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico

DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

Data From America Psychiatric Association(11)

1.5.1 Trastorno de delirio

Este trastorno tiene una incidencia de 0,2% a 0,3% por lo que es raro. El funcionamiento no se encuentra del todo comprometido y su comportamiento no es del todo extraño. Este Trastorno debe presentar un delirio o varios, además el DSM-5 lo subdivide en varios tipos como: tipo erotomaniaco, tipo de grandeza, tipo celotípico, tipo persecutorio, tipo somático, tipo mixto y tipo no especificado. (12) Los criterios son los siguientes:

Criterio A

- ❖ Presentar uno o más delirios con duración mínima de un mes.

Criterio B

- ❖ No debió presentarse jamás el criterio A de esquizofrenia.

Criterio C

- ❖ No presentar un compromiso del funcionamiento o presentar un comportamiento muy extraño.

Criterio D

- ❖ Pueden presentarse trastornos maniacos o depresivos mayores, pero de menor duración que los delirios actuales

Criterio E

- ❖ No se atribuye a efectos de sustancias o medicamentos y otros trastornos como el dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo

1.5.2 Trastorno esquizotípico

Este trastorno tiene una característica no presenta trastornos delirantes y alucinaciones. Se presenta con pensamientos mágicos, ilusiones e ideas de referencias. Se encuentra en el 0,4 a 4% de los afectados. (10) Los criterios para su diagnóstico son los siguientes:

Criterio A (se manifiesta con 5 o con más

- ❖ Ideas de referencia

- ❖ Ideas que no concuerdan con las normas subculturales como ideas mágicas o extrañas de comportamiento
- ❖ Vivencia perceptiva inhabitual. Se integran ilusiones corporales.
- ❖ Discursos y pensamientos extraños
- ❖ Ideas Paranoides o suspicacia
- ❖ Afecto inapropiado o limitado
- ❖ Comportamiento excéntrico o peculiares
- ❖ Falta de relaciones de amistad con amigo, solo tiene a su familia de primer grado
- ❖ Presenta ansiedad antes las relaciones que se manifiestan con miedo por ideas paranoides y no por sujeciones negativas sobre sí mismo.

Criterio B

- ❖ Este trastorno no solo se encuentra con trastornos como esquizofrenia sino en otros. Y en caso que sea de naturaleza reciente se debe poner en paréntesis “previo”.

1.5.3 Trastorno psicótico breve

Es un trastorno corto pero que puede disponer a una disfunción grave del ser humano. Su prevalencia es más en mujeres de 2 a 1. El porcentaje total es de 9%(11). Para su determinación además se debe especificar si es con o sin cofactor de estrés o con catatonía además de inferir en su gravedad con una escala del DSM-5.

Los criterios son:

Criterio A

- ❖ Presenta 1 o más síntomas de delirios, alucinaciones, comportamiento catatónico y discurso desorganizado.

Criterio B:

- ❖ Síntomas que duren mínimo un día, pero menos de un mes. El cual regresa a su estado presintomático.

Criterio C:

- ❖ Los síntomas no se justifican por ingerir sustancias extrañas o medicamentos además de otros trastornos diferentes a los psicóticos.

1.5.3 Trastorno Esquizofreniforme

Por lo general este trastorno se resuelve en menos de 6 meses, sin embargo 2/3 partes de los pacientes puede generar un trastorno psicótico el más común esquizofrenia y trastorno esquizotípico.(10) El cual puede ser hereditario.

Criterio A (el paciente debe presentar 2 o más síntomas, siendo uno de ellos al menos el 1, 2 o 3)

1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Comportamiento catatónico
4. Discurso desorganizado.
5. Síntomas negativos

Criterio B

- ❖ Estos episodios surgen al menos un mes, pero menos de 6 meses

Criterio C

- ❖ Se han descartado trastornos esquizoafectivos y trastornos bipolares o depresivos con síntomas psicóticos.

Criterio D

- ❖ Se descarta el uso de sustancias o afecciones médicas

1.5.4 Esquizofrenia

Es uno de los trastornos con más prevalencia tiende a ser ligeramente menor en mujeres. Inicia a edades tempranas antes de los 25 años.

Criterio A (el paciente debe presentar 2 o más síntomas, siendo uno de ellos al menos el 1, 2 o 3)

1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Comportamiento catatónico

4. Discurso desorganizado.
5. Síntomas negativos

Criterio B

- ❖ El nivel de funcionamiento en el trabajo, relaciones interpersonales están muy por debajo antes del inicio del trastorno.

Criterio C

- ❖ Los síntomas deben persistir al menos 6 meses y presentar al menos un mes síntomas de fase activa (criterios A) y el resto del tiempo o fase prodrómica síntomas residuales (síntomas negativos)

Criterio D

- ❖ Se descarta otros trastornos como el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. No deben presentarse y en caso de presentarse deben durar muy pocos en relación a los síntomas de fase activa.

Criterio E

- ❖ No se relaciona con el consumo de sustancias o afecciones médicas.

Criterio F

- ❖ En caso del paciente presente un trastorno autista o algún trastorno de comunicación, y se deba diagnosticar de esquizofrenia, los síntomas deben durar al menos un mes.

1.5.5 Trastorno esquizoafectivo

Es un desorden con una combinación de esquizofrenia y desordenes del comportamiento. Su prevalencia es menos del 1%(12)

Criterios A

- ❖ Periodos ininterrumpidos de la enfermedad y en esos lapsos existe un episodio mayor del estado de ánimo con criterios A de esquizofrenia.

Criterios B

- ❖ Síntomas como alucinaciones o delirios deben presentarse al menos dos semanas sin presentar un episodio mayor del estado de ánimo durante todo el transcurso de la enfermedad.

Criterio C

- ❖ Los episodios mayores del estado de ánimo están presentes en toda o casi toda la duración de la fase acta y residual de la enfermedad.

Criterios D

- ❖ No debe estar asociado con los efectos de una sustancia o afección médica.

1.5.6 Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos

Este trastorno se presenta cuando el paciente ingiere alguna sustancia como alcohol, cannabis, cocaína etc. o algún medicamento.

1.5.7 Trastorno psicótico debido a otra afectación médica.

El desorden psicótico es debido a otra condición médica padecida por el paciente como, por ejemplo: neoplasma de pulmones, epilepsia etc. No se diagnostica si los síntomas se presentan en el curso de delirium.(11)

1.5.8 Catatonía

Es diagnosticada por la presencia de 3 o más de los siguientes síntomas: estupor, catalepsia, flexibilidad cérica, mutismo, negativismo, manierismo, estereotipia, agitación, muecas, ecolalia y ecopraxia.

1.5.9 Otro espectro de esquizofrenia y otros desórdenes psicóticos

El diagnóstico de otro espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se utiliza cuando un el paciente presenta un nivel significativo de espectro de esquizofrenia u otros síntomas de trastorno psicótico, pero no se puede hacer un diagnóstico completo. El diagnóstico de otro espectro de esquizofrenia especificado y otros trastornos psicóticos se utiliza cuando el médico especifica los síntomas presentes, y el diagnóstico de espectro de esquizofrenia no especificado y otros trastornos psicóticos se da cuando el médico no especifica los síntomas presentes.(11)

1.6 Etiología y fisiopatología del TP

Sobre los factores de riesgo y la etiopatogenia no se ha llegado a un modelo unificado. Existen múltiples modelos que intentan estimar su etiología entre ellos el modelo biológico, modelo psicológico, sociológico y un modelo integrador el modelo de la vulnerabilidad propuesto por Zubin y Spring en 1977. (13)

En la última década se han encontrado factores genéticos y ambientales que puede provocar una función alterada de los neurotransmisores de nuestro cuerpo.

Modelo genético

Gracias a los estudios de la genética se han investigado varios locis, se encontraron más de 50 000 polimorfismos de un solo nucleótido (SNP), además de complejos de histocompatibilidad que intervienen en la relación psicosis y sistema inmunitario. Además de existir genes que se han duplicado o eliminado de maneras anómalas como en la delección del cromosoma 22q11.(14–17)

Modelo biológico y factores de riesgo ambiental

El riesgo por infecciones para generar posterior un trastorno se ha estudiado muy bien, aunque hay dudas sobre como el agente infeccioso daña al paciente en sí. Existen modelos biológicos en los que se trata de entender el mecanismo, se explica que cierto agente infecciosos desencadenan una respuesta inmunitaria que podría atravesar la barrera hematoencefálica en el momento del parto. La respuesta inmunitaria ante ciertos agentes ha sido estudiada como es el toxoplasma, herpes simple tipo 2 y el virus “esquizovirus”, ante una respuesta exagerada de las inmunoglobulinas IgG. El esquizovirus como se le ha llamado a un virus de la gripe, se ha descubierto que existe mayor riesgo de esquizofrenia en niños nacidos a finales del invierno y a principios de la primavera. (18–23)

Usos de sustancias: tabaco y consumo de cannabis

Antes se pensaba que la psicosis era un factor de riesgo para fumar, sin embargo, se ha evidenciado que el uso del cannabis es un factor de riesgo para la esquizofrenia y no al revés. El uso del tabaco durante el embarazo juega un papel importante para presentar esquizofrenia, su relación puede ser por la acetilcolina durante el desarrollo o provocando una hipoxia fetal.(24–28)

Modelo sociológico y psicológico

Pocos son los estudios sobre factores de riesgo que ponen en énfasis en los malos tratos de la infancia, la pobreza, abusos sexuales, migración entre otros, estos son factores que se puede prevenir, mediante un programa de prevención primaria para la psicosis su conocimiento es de importancia para contrarrestar cuando se tienen síntomas precoces de psicosis en una población.(29)

La migración juega otro factor de riesgo para presentar este trastorno varios estudios señalan la relación entre migración y esquizofrenia, depresión ansiedad entre otras enfermedades. En un estudio realizado desde el 2001 al 2016, entre migrantes de Turquía, Bélgica y países bajos, se vio que los migrantes tenían un mayor riesgo de depresión, trastornos de ansiedad y esquizofrenia, especialmente los de la primera generación hasta después de la segunda generación. (30) Esto se ve agravado si las personas en refugio tienen experiencias de violencia, persecución, separación de familias, disfunción familiar y aislamiento. (31)

Modelo bioquímico y neurológico

Existen varios modelos que influyen en esta patología. En algunos pacientes se ha observado que tanto las estructuras del cerebro como sus neurotransmisores se encuentran alterados. Por ejemplo, en cuanto a las estructuras, tanto el hipocampo, los ventrículos y el área prefrontal, se ha observado que se encuentran en menor tamaño, dilatados y con un poco crecimiento respectivamente. En cuanto a los neurotransmisores se han estudiado a profundidad la dopamina, la acetilcolina, glutamato y ácido gamma-aminobutírico. El uso de algunos medicamentos antipsicóticos como la clozapina nos ha llevado a pensar que la dopamina en exceso en el tracto mesolímbico

causa síntomas psicóticos. El glutamato otro neurotransmisor excitador del sistema nervioso central (SNC) se ha observado que su inanición o hipofunción lleva a tener trastornos psicóticos. Con respecto al gamma-amino-butírico, se ha observado que las interneuronas GABAérgicas que llevan el impulso al área prefrontal se encuentran disfuncionales en las personas con esquizofrenia. En cuanto a la acetilcolina se observó que se encuentra en mayor cantidad en las personas esquizofrénicas disminuyendo algunos síntomas positivos de la esquizofrenia, sin embargo, se sabe que a nicotina puede dañar a algunos neurotransmisores a su alrededor, por lo tanto, faltan más estudios para verificar si los receptores nicotínicos de acetilcolina se encuentran elevados por un feedback de retroalimentación positiva o es la causante.(32–37)

2.0 Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo transversal analítico.

Población y muestra

El universo está conformado por 199.506 habitantes de parroquias representativas del área rural del cantón Cuenca. Se obtuvo una muestra polietápica aleatoria, distribuida porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes de cada parroquia (Anexo 4). Se incluyeron individuos a partir de 18 años en adelante que manifiesten voluntad de participar en la entrevista y firmar consentimiento informado (Anexo 3). Se excluyeron individuos que tuvieron dificultad para comprender la encuesta y que presenten alteraciones cognitivas y conductuales graves.

Instrumentos

1. Se utilizó una ficha de identificación con las variables demográficas: género, edad, estado civil, instrucción, situación laboral actual, migración de un miembro de la familia y residencia. (Anexo 2)

2. La evaluación de la psicopatología de los pacientes se realizó a través del MINI-Mental test (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adultos). (Anexo 1). Es una herramienta diagnóstica tipo encuesta que determina la presencia de 16 trastornos mentales con una especificidad y sensibilidad de 85% y un valor predictivo positivo del 75%.(38)
3. El cuestionario FF-SIL identificó la funcionalidad familiar y el tipo de familia a la que pertenecen los individuos del estudio.

Análisis de datos

Se procedió con el análisis descriptivo de las variables en estudio utilizando el paquete estadístico SPSS 15, determinando las prevalencias de Psicosis, al igual que se analizó la proporción correspondiente y sus respectivos intervalos de confianza (IC). La asociación entre variables se identificó con chi-cuadrado y el valor de p de acuerdo al tipo de muestra, mientras que se utilizó odds ratio (OR) para definir el riesgo de presentar el desenlace posterior a la exposición. El nivel de confianza fue del 96% con una p de 0.04.

3.0 Resultados

De un total de 984 personas, 56 presentaron trastorno de psicosis, que implica una frecuencia del 5,70%. Desagregados los datos, 10 (1,02) individuos presentaron el trastorno actual y único, 24 (2,44%), único y a lo largo de la vida; los demás tuvieron comorbilidades o una combinación actual y de vida.

Tabla No. 1. Psicosis en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según parroquia estudiada y sexo. Cuenca, 2018

Sector	Sexo	Psicosis	
		No.	%
El Valle	Mujer	21	37,5
	Hombre	28	50
Checa	Mujer	0	0
	Hombre	1	1,78
Tarqui	Mujer	4	7,14
	Hombre	2	3,58
RESULTADOS	Mujer	25	44,64
	Hombre	31	55,36
	Total	56	100

Fuente: Encuestas

Realizado por: Israel López

En las parroquias estudiadas en el cantón de Cuenca, en El Valle se encontró el 87,5% de los casos, seguida de Tarqui y Checa. De los 56 habitantes con Psicosis, el 55,36% se presentó en el sexo masculino.

De acuerdo a las variables investigadas, la distribución se dió de la siguiente manera:

Tabla No. 2. Psicosis en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas. Cuenca, 2018

Variables		Psicosis	
		No.	%
Sexo	Mujeres	25	44,64
	Hombres	31	55,36

Convivencia de pareja	no convive	31	55,35
	si convive	25	44,65
Situación laboral	Sin remuneración	28	50
	Con remuneración	28	50
Migración familiar	Si	30	53,57
	No	26	46,43
Migración en el núcleo primario	Si	30	53,57
	No	26	46,43
Tipo de familia	no tradicional	8	14,29
	Tradicional	38	67,86
	vive solo	10	17,85
Funcionalidad familiar*	Disfuncional	4	7,15
	Funcional	42	75
Edad por ciclo de vida	De 18 a 20	12	21,44
	De 21 a 40	13	23,21
	De 41 a 65	26	46,43
	De 65 y más	5	8,92

Fuente: Encuestas

Realizado por: Israel López

En la tabla 2 se evidencia que la Psicosis se presenta una mayor prevalencia en los hombres que en las mujeres.

En la variable de convivencia de pareja (el mayor porcentaje ese encuentra en no conviven con pareja con 55,35%), situación laboral (50% con y 50% sin convivencia), migración familiar (53,57% con migración; porcentaje más alto). Tipo de familia (tradicional 67,86%, vive solo 17,85%, no tradicional 14,29%), funcionalidad familiar (funcional 75%, disfuncional 4%). Edad por ciclo de vida (41-65 años 46,43%, 21-40 años 23,21%, de 18-20 años 21,44%, 65 años y más 8,92%)

La media de la edad en las mujeres fue 38,08 (IC 30,48–45,68; SW 0.90; p 0.02) años; en los hombres fue 43,35 (IC 36,92–49,79; SW 0.94; p 0.07).

En base la distribución que se presenta en la tabla No. 1, se procedió a explorar la asociación y la significancia de la misma.

Tabla No. 3. Psicosis y variables relacionadas como factores de riesgo, en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas.
Cuenca, 2018

Variables	Chi cuadrado	p	OR	IC	
Sexo mujer	2,83	0,09	0,63	0,37	1,08
No convive con pareja	10,15	0,00	2,37	1,37	4,08
Situación laboral sin remuneración	0,4	0,53	1,19	0,69	2,04
Migración familiar	0,01	0,93	0,98	0,57	1,67
Migración en el núcleo primario	0,69	0,41	0,79	0,46	1,37
Tipo de familia no tradicional	4,65	0,1	1,29	0,59	2,83
Familia disfuncional*	1,56	0,21	1,96	0,67	5,74
Edad en hombres 50 años y más	0,55	0,82	1,09	0,52	2,32
Edad en mujeres 43 años y más	0,57	0,45	0,73	0,32	1,68

*No se incluye personas que viven solas

Fuente: Encuestas

Realizado por: Israel López

El factor de riesgo con mayor fuerza de asociación fue No convive con pareja; chi cuadrado de 10,15 (p 0,00; IC 1,37-4,08), quiere decir que no convivir con pareja aumenta el riesgo 2 veces para desarrollar psicosis.

Se presenta a continuación la distribución de las psicosis y sus comorbilidades.

Tabla No. 4. Comorbilidad y asociación de psicosis con otras condiciones mentales en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, 2018

Comorbilidad	Psicosis		Chi cuadrado	p	OR	IC	
	No.	%					
Depresión	24	11,1	14,95	0,00	2,86	1,64	4,96
Trastorno de ansiedad	31	16,8	51,97	0,00	6,23	3,58	10,85
Dependencia y abuso de sustancias	11	18	18,46	0,00	4,29	2,09	8,8

Fuente: Encuestas

Realizado por: Israel López

De todos los trastornos estudiados, los tres que constan se consideran factores de riesgo para el desenlace. Con mayor asociación en la comorbilidad de dependencia y abuso de sustancias.

4.0 Discusión

El objetivo fue identificar la prevalencia de la psicosis, factores asociados y comorbilidades en la población de las parroquias rurales del cantón Cuenca.

Dentro del estudio se evidenció una prevalencia de 5,70% a diferencia de estudios como en el DSM-5 ocupa un alrededor de 0,2 - 0,7% y páginas como UptoDate refieren casos de 1 a 4%.⁽²⁾⁽¹¹⁾. El porcentaje elevado en este estudio puede ser por la migración ⁽³¹⁾Es sabido que pacientes cuya historia sea vivir solo, separaciones tempranas de los padres, trastornos en la dinámica familiar entre otros son factores de riesgo para psicosis, posiblemente por la historia de nuestra población de migración su porcentaje elevado sea debido a este factor.^(30,31)

Una de las principales comorbilidades con una asociación fuerte y estadísticamente significativa es la dependencia y abuso de sustancias con un 18% y con un riesgo de presentarse de 4 veces. La literatura nos dice que el uso de sustancias especialmente del cannabis es muy común en estos pacientes haciendo que empeore su patología, se pensaba que la psicosis era un factor de riesgo para el uso del cannabis, sin embargo, se visualiza mediante varios estudios que el cannabis es un factor de riesgo, ya que puede alterar la transmisión dopaminérgica, alternado los circuitos de la cognición, la transmisión neuroendocrina.⁽³⁹⁾ El alcohol se ha descubierto entre un 17 y 44% en varios estudios.⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾

Las comorbilidades como el trastorno del ánimo son muy comunes, la depresión se encuentra en el 80% de los pacientes, cuando se encuentra en la fase prodrómica es un predictor significativo para depresión futura y actos de autolesión en el 63% de los pacientes.⁽⁴²⁾ En este estudio se observó una asociación de un 11,1% con una *p* significativa y un OR de 2.86 con respecto a la

depresión. De igual manera el trastorno de ansiedad puede estar presente en un 47%, acompañado de trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático.(41) En este estudio el trastorno de ansiedad es la segunda comorbilidad con asociación fuerte y una p significativa con un 16,80% y un OR de 6,23.

Se ha visto una asociación fuerte entre la inmigración y los trastornos psicóticos. Un estudio realizado por la organización Mundial de la Salud, observó que mayores incidencias de trastornos entre inmigrantes a varios países desarrollados (43,44) En el Ecuador hubo un hito histórico de migración, en estas dos últimas décadas, especialmente a inicios de la crisis financiera de 1999, solo en 1988-89, se observa que el 85% de los emigrantes a EEUU, de la provincia del Azuay fueron hombres, alrededor de un 65% estaban casados dejando en casa alrededor de 3 niños por familia. Pero esta migración no es nueva desde los años 60 se ha experimentado grandes grupos de migración de las provincias del Cañar y Azuay a EE.UU. Los problemas que pueden afectar a estas personas y a las familias que se quedan en el país de origen pueden ser varios desde las violaciones hasta la desintegración familiar (45)

En este estudio se observó un porcentaje alto de personas con el trastorno de psicosis alrededor de 30 personas en grupos tanto como migración familiar (53%) o migración en el núcleo primario (53%). Sin embargo, ante lo mencionado, la asociación de psicosis en nuestro estudio no tuvo significancia estadística. Presentándose una p de 0,93 y 0,41 respectivamente.

Uno de los factores que se encontró una asociación estadísticamente significativa fue la variable, no convive con pareja, presenta un OR de 2,37 y una p de 0,00. Se ha visto que vivir solo podría presentar un factor importante para presentar algún tipo de trastorno de psicosis, un estudio en el cual se realizó un seguimiento por 35 años se vio una alta asociación entre vivir solo y la presentación de psicosis(46)

La psicosis ocurre alrededor de todo el mundo, el inicio es típicamente en adolescentes es muy raro en niños y en personas mayores a 45 años. Y los hombres son diagnosticados de 1,4:1 con respecto a las mujeres(47). El

porcentaje de hombres en este estudio fue de 55,36% con respecto a las mujeres con 44.64%. La p para las mujeres fue de 0,09 sin significancia estadística. El mayor grupo etario para presentar fue de 41 a 65 años con el 46.43% sin embargo no hubo una significancia estadística.

4.1 Debilidades

Uno de los criterios de exclusión para la toma de las encuestas fue que las personas sean mayores a 18 años, el no tomarse en cuenta a este subgrupo de edad menor a 18 años nos limita a conocer cuál es el panorama total de nuestra población, ya que como se mencionó, el trastorno de psicosis puede empezar a edades tempranas, con un pico entre los 15 a 30 años.(48,49) Sin embargo, se obtuvo resultados importantes, los cuales reflejan un panorama bastante certero con respecto a la verdadera prevalencia de la psicosis.

4.2 Fortalezas

Uno de los principales objetivos del estudio fue encontrar la prevalencia, se obtuvo un resultado más alto de lo esperado, además de ser el primer estudio realizado a nivel de la zona rural de Cuenca y posiblemente uno de los primeros a nivel nacional, puede ser la base para tomar acciones a nivel de sistema de salud para el tratamiento y diagnóstico oportuno. Este proyecto cabe mencionar, pertenece a un macro proyecto de trastornos mentales realizado en la zona rural de la ciudad de Cuenca, a cargo de estudiantes y docentes de la Universidad del Azuay, en donde además de la depresión, distimia, ansiedad, abuso de sustancias entre otros fueron estudiados.

5.0 Conclusiones

- 1) El trastorno de Psicosis presentó una prevalencia de 5,70% en la zona rural de la ciudad de Cuenca.
- 2) No hubo una significancia estadística con respecto al sexo, sin embargo, se observó una mayor prevalencia en hombres con 55,46% con respecto a las mujeres con 45,46%.
- 3) No convivir con pareja como variable, fue el factor de mayor alto riesgo con significancia estadística con un resultado de riesgo dos veces para presentar psicosis (OR de 2,37 y una prevalencia de 55,35%).
- 4) Se identificaron comorbilidades que coexistieron con el trastorno psicótico como el trastorno de ansiedad, la depresión y trastorno por abuso de sustancias, todos con alta significancia estadística.
- 5) Se obtuvieron resultados que reflejan la realidad de la población rural de Cuenca además que puede ser la base para estudios posteriores.

6.0 Agradecimiento

Gandhi escribió con gran belleza sobre varios tratados. Acerca de la oración alguna vez dijo: “Constituye un recordatorio para nosotros mismos de que sin la ayuda de Dios nos hallamos indefensos. Ningún esfuerzo está completo sin la oración, sin un reconocimiento indefinido de que incluso el mejor de los empeños humanos carece de efectividad si no cuenta con la bendición de Dios....

El presente trabajo está dedicado a Dios, a mi familia, por su amor, por el sacrificio en todos estos años. De igual manera a todos los profesores de la facultad de medicina de la Universidad del Azuay, por haberme preparado durante todo este tiempo, herramientas que llevaré el resto de mi vida profesional. De manera especial a quienes estuvieron presentes en la elaboración de esta tesis:

Dra. Yolanda Dávila: Especialista en Psicología y docente de la facultad de medicina

Dr. Juan Aguilera Muñoz: Especialista en Psiquiatría del Hospital Universitario del Río y docente de la facultad de medicina

Dr. Fray Martínez Reyes: Especialista en Epidemiología de SOLCA y docente de la facultad de medicina

Dra. Miriam Mora: Especialista en Medicina Familiar y docente de la Universidad del Azuay.

7.0 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. OMS | Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas [Internet]. 2001 [cited 2021 Jan 12]. p. 1–169. Available from: <https://www.who.int/whr/2001/es/>
2. Stephen Marder. Clinical manifestations, differential diagnosis, and initial management of psychosis in adults - UpToDate [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 13]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-differential-diagnosis-and-initial-management-of-psychosis-in-adults>
3. American Journal of Sociology. Manual de Psiquiatría Clínica y Psicopatología del Adulto. 1st ed. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. México: Fondo de cultura económica; 2019. 1689–1699 p.
4. Mingote JC, Cuadrado P del P, Sanchez R, Dolores GM, Galvez M. El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. Med y Segur del Trab. 2011 Mar 12;57:1–262.
5. InfoCop. SALUD MENTAL Y ABSENTISMO LABORAL: UN BINOMIO POR RESOLVER [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 13]. p. 1–1. Available from: http://www.infocop.es/view_article.asp?Id=2244
6. Tizón J, Artigue J, Parra B, Sorribe M, Ferrando J, Pérez C, et al. Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿es posible realizar una detección preventiva? Clínica y Salud Investig Empírica en Psicol. 2008;19(1):27–58.
7. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales intervenciones efectivas [Internet]. 2004. p. 1–67. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>
8. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 13]. p. 1–1. Available from: <https://www.who.int/es/news->

room/fact-sheets/detail/mental-disorders

9. Cadenhead Kristin. First episode psychosis - UpToDate [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 13]. p. 1–1. Available from: https://www.uptodate.com/contents/first-episode-psychosis?search=psicosis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
10. Kecerdasan I, Ikep P. Sinopsis de Psiquiatría. 11th ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015. 3–3333 p.
11. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 [Internet]. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Buenos Aires; 2014. p. 1000. Available from: <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM V.pdf>
12. Schrimpf LA, Aggarwal A, Lauriello J. Psychosis. Contin Lifelong Learn Neurol. 2018;24(3):845–60.
13. Cañamares M, Castejón M, Hernández J, Rodríguez A. Esquizofrenia. 1st ed. Madrid: Editorial Sintesis; 2012. 6 p.
14. Consortium Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics. Biological Insights From 108 Schizophrenia-Associated Genetic Loci. Nature. 2015;511(7510):421–7.
15. Sekar A, Bialas AR, De Rivera H, Davis A, Hammond TR, Kamitaki N, et al. Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4. Nature Febr [Internet]. 2016;11(5307589):177–83. Available from: http://www.nature.com/authors/editorial_policies/license.html#terms
16. R. Glausier J, A. Lewis D. Dendritic spine pathology in schizophrenia. Neuroscience. 2013;251:90–107.
17. Stefansson H, Rujescu D, Cichon S, Pietiläinen OPH, Ingason A, Steinberg S, et al. Large recurrent microdeletions associated with schizophrenia supervised and coordinated the work Europe PMC Funders Group. Nature [Internet]. 2008;455(7210):232–6. Available from: www.nature.com/nature.

18. Brown AS, Derkits EJ. Prenatal Infections and Schizophrenia: A Review of Epidemiologic and Translational Studies. *Eur Psychiatry*. 2010;167(3):261–80.
19. Mortensen PB, Nørgaard-Pedersen B, Waltoft BL, Sørensen TL, Hougaard D, Torrey EF, et al. *Toxoplasma gondii* as a Risk Factor for Early-Onset Schizophrenia: Analysis of Filter Paper Blood Samples Obtained at Birth. *Biol Psychiatry*. 2007;61(5):688–93.
20. Brown AS, Schaefer CA, Quesenberry CP, Liu L, Babulas VP, Susser ES. Maternal exposure to toxoplasmosis and risk of schizophrenia in adult offspring. *Am J Psychiatry*. 2005;162(4):767–73.
21. Buka SL, Cannon TD, Torrey EF, Yolken RH. Maternal Exposure to Herpes Simplex Virus and Risk of Psychosis Among Adult Offspring. *Biol Psychiatry*. 2008;63(8):809–15.
22. Pedersen MG, Stevens H, Pedersen CB, Nørgaard-Pedersen B, Mortensen PB. *Toxoplasma* infection and later development of schizophrenia in mothers. *Am J Psychiatry*. 2011;168(8):814–21.
23. Benros ME, Nielsen PR, Nordentoft M, Eaton WW, Dalton SO, Mortensen PB. Autoimmune diseases and severe infections as risk factors for schizophrenia: A 30-year population-based register study. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1303–10.
24. Kristensen K, Cadenhead KS. Cannabis abuse and risk for psychosis in a prodromal sample. *Psychiatry Res*. 2007;151(1–2):151–4.
25. Kuepper R, Van Os J, Lieb R, Wittchen HU, Höfler M, Henquet C. Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 Year follow-up cohort study. *Bmj*. 2011;342(7796):537.
26. McGrath J, Welham J, Scott J, Varghese D, Degenhardt L, Hayatbakhsh MR, et al. Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(5):440–7.

27. Niemelä S, Sourander A, Surcel HM, Hinkka-Yli-Salomäki S, McKeague IW, Cheslack-Postava K, et al. Prenatal nicotine exposure and risk of schizophrenia among offspring in a national birth cohort. *Am J Psychiatry*. 2016;173(8):799–806.
28. Ferchiou A, Szöke A, Laguerre A, Méary A, Leboyer M, Schürhoff F. Exploring the relationships between tobacco smoking and schizophrenia in first-degree relatives. *Psychiatry Res*. 2012;200(2–3):674–8.
29. Read J, Dillon J. *Models of Madness. Psychological, social and biological approaches to psychosis*. 2nd ed. Barcelona: Herder Editorial; 2017. 376 p.
30. Ilić B, Švab V, Sedić B, Kovačević I, Friganović A, Jurić E. Mental health in domesticated immigrant population - a systematic review. *Psychiatr Danub*. 2017;29(3):273–81.
31. Dapunt J, Kluge U, Heinz A. Risk of psychosis in refugees: a literature review. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2017;7(6):e1149. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/tp.2017.119>
32. Javitt DC, Kantrowitz JT. *Handbook of Neurochemistry and Molecular Neurobiology Schizophrenia*. 1st ed. Lajtha A, editor. New York: Springer; 2009. 557 p.
33. Goldman-Rakic PS, Castner SA, Svensson TH, Siever LJ, Williams G V. Targeting the dopamine D1 receptor in schizophrenia: Insights for cognitive dysfunction. *Psychopharmacology (Berl)*. 2004;174(1):3–16.
34. Javitt DC, Zukin SR. Recent Advances in the Phencyclidine Model of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1991;148(October):1301–8.
35. Volk DW, Pierri JN, Fritschy JM, Auh S, Sampson AR, Lewis DA. Reciprocal alterations in pre- and postsynaptic inhibitory markers at chandelier cell inputs to pyramidal neurons in schizophrenia. *Cereb Cortex*. 2002;12(10):1063–70.
36. Hashimoto T, Volk DW, Eggan SM, Mirnics K, Pierri JN, Sun Z, et al. Gene expression deficits in a subclass of GABA neurons in the prefrontal cortex

- of subjects with schizophrenia. *J Neurosci*. 2003;23(15):6315–26.
37. Üçok A, Polat A, Bozkurt O, Meteris H. Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;58(4):434–7.
 38. León-Jiménez F, Jara-Romero LE L, Chang-Dávila D, Chichón-Peralta J, Piedra-Hidalgo M. Tamizaje de salud mental mediante el test MINI en estudiantes de Medicina. *An la Fac Med*. 2012;73(3):191.
 39. Bernardo M, Bioque M, Parellada M, Saiz Ruiz J, Cuesta MJ, Llerena A, et al. Criterios de valoración clínicos y de funcionamiento en un estudio de interacción gen-ambiente en primeros episodios psicóticos (PEPs). *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6(1):4–16.
 40. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007;370(9584):319–28.
 41. Addington J, Piskulic D, Liu L, Lockwood J, Cadenhead KS, Cannon TD, et al. Comorbid diagnoses for youth at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res* [Internet]. 2017;190:90–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2017.03.043>
 42. Upthegrove R, Birchwood M, Ross K, Brunett K, McCollum R, Jones L. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;122(3):211–8.
 43. Susser E, Wanderling J. Epidemiology of nonaffective acute remitting psychosis vs schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2016;51(4):294.
 44. Anker M, Manton KG, Korten A, Jablensky A. Symptom Profiles of Psychiatric Disorders Based on Graded Disease Classes: An Illustration Using Data from the who International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychol Med*. 1994;24(1):133–44.
 45. FLACSO Sede Ecuador. La migración ecuatoriana transnacionalismo, redes. *Ecuador Debate*. 2005.

46. Hakulinen C, McGrath JJ, Timmerman A, Skipper N, Mortensen PB, Pedersen CB, et al. The association between early-onset schizophrenia with employment, income, education, and cohabitation status: nationwide study with 35 years of follow-up. Vol. 54, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2019. p. 1343–51.
47. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):417–28.
48. Driver DI, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood Onset Schizophrenia and Early Onset Schizophrenia Spectrum Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2013;22(4):539–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2013.04.001>
49. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: A 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(11):1053–8.

8.0 Anexos

8.1 Anexo 1.- MINI mental de Trastorno Psicóticos

L. Trastornos psicóticos				EXTRAÑOS	
<p>(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)</p> <p>PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SI SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.</p> <p>LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.</p> <p>LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SI.</p>					
Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.					
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SI SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:	NO	SÍ	11
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?		SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si Sí: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SI EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ		TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SI EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ				
NO	SÍ										
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)											

8.2 Anexo 2.- ficha demográfica

INFORMACIÓN GENERAL

Número de formulario

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador.....

Fecha de la entrevista

Parroquia.....

Género

1 masculino

2 femenino

Edad: _____ años cumplidos

Nivel de estudio que alcanzó el entrevistado

1 educación básica incompleta

2 educación básica completa

3 bachillerato incompleto

4 bachillerato completo

5 nivel tecnológico

6 nivel superior

7 nivel postgrado

Años de estudio aprobados en el nivel correspondiente _____

¿Qué actividad desarrolla actualmente?

Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral

(con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

1 laboralmente activo (jornada completa)

2 laboralmente activo (media jornada)

3 laboralmente activo (ocasionalmente)

4 dueña de casa (sin actividad laboral)

6 en formación/cambio de actividad

7 servicio militar

8 cesante

9 jubilado/a

1 Vive solo

2 Vive con amigos (a)

2 Vive con esposo (a) parejas

3 Vive suegro/suegra

4 Vive con abuelos

5 Vive con primo

Estado civil actual:

1 <input type="checkbox"/> soltero/a	4 <input type="checkbox"/> separado/a
2 <input type="checkbox"/> unión de hecho	5 <input type="checkbox"/> divorciado/a
3 <input type="checkbox"/> casado/a	6 <input type="checkbox"/> viudo/a

¿Qué actividad desarrolla actualmente?

Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral

(Con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

1 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (jornada completa)	6 <input type="checkbox"/> en formación/cambio de actividad
2 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (media jornada)	7 <input type="checkbox"/> servicio militar
3 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (ocasionalmente)	8 <input type="checkbox"/> cesante
4 <input type="checkbox"/> dueña de casa (sin actividad laboral)	9 <input type="checkbox"/> jubilado/a

¿Tiene un familiar directo que ha migrado?

En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Migración interna <input type="checkbox"/>	Migración externa <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	--	--

Identifique quien migro y el tiempo

Tiempo de migración

1 <input type="checkbox"/> padre
2 <input type="checkbox"/> madre
3 <input type="checkbox"/> ambos padres
6 <input type="checkbox"/> esposo (a) pareja
7 <input type="checkbox"/> hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)

1 <input type="checkbox"/> < de un año
2 <input type="checkbox"/> 1 a 5 años
3 <input type="checkbox"/> 6 a 10 años
4 <input type="checkbox"/> > de 10 años

8.3 Anexo 3.- Consentimiento informado

Consentimiento informado para participantes de investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como colaboradores.

La presente investigación es conducida por el Dr. Juan Aguilera profesor de la facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer .

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contesta una entrevista que le tomara aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

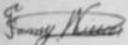
Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Juan Aguilera. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer.

Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 25 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Juan Aguilera director de la investigación a al teléfono 0999774878.

Nombre del Participante Firma del Participante Fecha

Fanny Nieves  13 Enero 2018

8.4 Anexo 4.- Distribución de la muestra según los sectores del área rural

EDAD GRUPOS	CHECA		TARQUI		VALLE		TOTAL PARCIAL		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	
20 - 29	9	11	38	40	91	90	138	141	279
30 - 39	6	8	26	30	61	68	92	106	198
40 - 49	5	7	19	24	44	53	68	84	151
50 - 59	3	5	14	17	33	39	50	60	110
60 - 69	2	3	9	12	22	26	34	41	74
70 - 79	1	2	5	7	12	16	19	24	43
80 y mas	1	1	3	4	7	10	11	15	26
TOTAL	28	37	114	133	270	301	411	471	882