

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**POST-GRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS.**  
**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN.**



**“EFICACIA CLÍNICA COMPARATIVA EN ANTIPSICOTICOS  
CONVENCIONALES VERSUS ATÍPICOS. REDUCCIÓN SÍNTOMAS  
PSICÓTICOS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. HOSPITAL  
PSIQUIATRICO NACIONAL. MAYO-NOVIEMBRE 2011.”**

**PRESENTADO POR**

**Dra. Ingrid Jeannette Hernández Umaña.**

**Para Optar el Título de Especialidad:**

**Psiquiatría y Salud Mental**

**Asesor Metodológico:**

**Dr. Rafael Alfredo Jule Martínez.**

**San Salvador 2 de Diciembre de 2011.**

## Contenido.

Capítulo.	Página.
Resumen	
I. Introducción.....	1
II. Objetivos.....	4
III. Marco Teórico.....	5
IV. Diseño Metodológico.....	24
V. Resultados.....	27
VI. Discusión.....	48
VII. Conclusiones.....	53
VIII. Recomendaciones.....	54
IX. Bibliografía.....	55
Anexos	

## RESUMEN:

**Objetivo.** Comprobar la eficacia clínica comparativa de Antipsicóticos convencionales versus Atípicos en la reducción de síntomas psicóticos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Nacional Psiquiátrico Mayo-Noviembre 2011. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio analítico comparativo con 120 pacientes de los programas de Antipsicóticos Atípicos, de los cuales 34 tienen diagnóstico de esquizofrenia entre 15-45 años. **Resultados.** Con diagnósticos de los tipos de Esquizofrenia: **Olanzapina:** 73% paranoide, 7% indiferenciada, 7% residual y 13% hebefrenica; **Clozapina:** 75% paranoide y 25% hebefrenica. **Risperidona:** 86% paranoide y 14% hebefrenica. Posterior al uso de Antipsicóticos Atípicos mejoró considerablemente la cantidad de ingresos hasta un porcentaje 75% los pacientes con Clozapina, 66.7% Olanzapina y 42.9% Risperidona; Según subescala PANSS de síntomas positivos para esquizofrenia, antes y después del uso de Antipsicóticos Atípicos: Delirio 88.23%, a mínimo de 52.94%. Desorganización Conceptual 91.18 % mejoró a mínimo 50 %. Comportamiento Alucinatorio 85.29 % moderado/ severo, 44.12% en mínimo. Excitación: Moderado 29.41 % y moderado/severo 35.29%, y se redujo a 58.82 %. Grandiosidad: Ausente 94.12 % y ligero 5.88 %; reduciendo 100 % de casos. Suspicion/ Persecución: 88.24% severo, Disminuyendo 73.53%. Hostilidad 73.53% Moderado/ severo, 73.53 % ausente. **Conclusiones.** Factores sociodemográficos y la subescala positiva PANSS, demuestran que pacientes esquizofrénicos tratados con Antipsicóticos Atípicos reducen los síntomas positivos, siendo la madre la cuidadora principal y encargada del seguimiento. Además los Antipsicóticos Atípicos sobre los convencionales les brindan una mejor calidad de vida y menos efectos secundarios que los llevo a tener una mala actitud y adherencia al tratamiento inicial.

**Palabras Claves:** Pacientes Esquizofrénicos con Antipsicóticos Atípicos.  
Hospital Nacional Psiquiátrico.

## I. INTRODUCCIÓN.

La presente investigación se realizó en el período comprendido de mayo a noviembre de 2011, en los pacientes tanto del sexo femenino como masculino entre las edades de 15 a 45 años que se encuentran en los programas de Antipsicóticos Atípicos del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”; con la finalidad de comprobar la eficacia clínica comparativa de Antipsicóticos convencionales versus Atípicos en la reducción de síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia.

Desde el descubrimiento de los neurolepticos (Delay Deniker 1955), numerosos investigadores han resaltado las diferencias entre las distintas moléculas con efectividad antipsicótica. Dichas distinciones se centraban sólo en el perfil de efectos secundarios. La llegada de los llamados antipsicóticos atípicos o de segunda generación, ha servido para avivar esta búsqueda de matices diferenciales. Existe la impresión general de que los atípicos reportan mejor resultado y han contribuido al avance en el tratamiento y pronóstico de las psicosis en general y de la esquizofrenia en particular (Kaplan y Sadock 1999). No obstante, no existe un consenso total sobre este tema, habiendo sido objeto de una enorme controversia en los últimos años.

Los antipsicóticos atípicos, bien empleados, sin duda ofrecen la posibilidad de una considerable mejoría en el nivel de funcionamiento. Pero el fármaco en sí no es el único determinante, pues sobre el paciente confluyen aspectos actitudinales, la gravedad clínica, experiencias previas con los tratamientos y, con igual importancia, vivencias de hospitalización, trato recibido en el ámbito sanitario y alianza terapéutica.

Un estudio de meta-análisis (Geddes et al.2000 y Davis et al. 2003) que en su momento resulto muy polémico es que fue llevado a cabo por el National Schizophrenia Guideline Development Group, tiene por objetivo desarrollar unas recomendaciones basadas en pruebas para el uso de antipsicóticos en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Para ello, realizan una revisión sistemática y análisis de meta-regresión de los estudios aleatorizados controlados (Medline, Embaste, PsychLIT y el Registro de Ensayos Controlados de la Cochrane; fecha de corte: 1 de Diciembre de 1998), tomando este proceso como fundamento sólido para el desarrollo de guías clínicas.

Cuentan con un total de 12.649 pacientes, procedentes de 52 ensayos aleatorizados que comparan antipsicóticos atípicos (amisulpiride, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona y sertindol) con antipsicóticos convencionales (haloperidol o clorpromazina generalmente). Los marcadores de eficacia empleados se centran en datos de mejoría global, tasas de abandono (como indicador de tolerancia) y de efectos secundarios (generalmente de tipo extrapiramidal).

Los resultados se caracterizan por la heterogeneidad, tanto en la reducción de síntomas como en las tasas de abandono. La disparidad incluso abarca estudios que comparan el mismo antipsicótico atípico con idéntico clásico.

En el 2009 se realizó un estudio en el Hospital Nacional Psiquiátrico únicamente con los pacientes del programa de olanzapina dando como resultado que la cantidad de pacientes ingresados previo al tratamiento con olanzapina fue en un promedio de 2 ingresos por paciente y los ingresos posterior al tratamiento con olanzapina fue de 0 ingresos. Pero se encontraron algunas limitantes como el hecho de no contar con datos completos en el 40% de los expedientes.

La proyección de esta investigación en base al problema que se estudio tiene sus implicaciones prácticas que permiten llenar un valor en relación a la impresión clínica como pronóstico sobre la esquizofrenia, según la utilidad metodológica estadística que proporcionara nuevos acercamientos en mira a identificar desde el punto de vista cualitativo sobre la gravedad y cambio experimentado por dicho paciente con respecto al estado basal manejados con neurolépticos típicos versus atípicos, para la investigación temprana y cercana de los individuos en la evolución de la enfermedad reflejada en su sintomatológica positiva, así también en su perspectiva clínica como consideración de esta en su tratamiento y de la institucionalización.

Para que en respuesta a estos planteamientos, se explore de forma inicial la estructura que engloba el síntoma como manifestación psicopatológica en si como muestra clínica de los pacientes con esquizofrenia y explorar así también la evolución del patrón del síntoma con respecto al tratamiento recibido tomando en cuenta para el estudio la población que se encuentra en los programas de Antipsicóticos Atípicos (clozapina, olanzapina y risperidona) del Hospital Nacional Psiquiátrico y que padezcan de esquizofrenia.

#### **Limitantes del estudio.**

1. En algunos expedientes no se describe con detalle la causa de cambio de antipsicóticos típico a atípicos.
2. Varios de los expedientes se encuentran depurados, lo cual dificulta recolectar toda la información.
3. La mayoría de pacientes padecen otra enfermedad distinta a la esquizofrenia, lo cual limita la muestra.

## II.OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

Comprobar la eficacia clínica comparativa de Antipsicóticos convencionales versus Atípicos, en la reducción de síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia entre 15-45 años del programa de Antipsicóticos Atípicos, del Hospital Nacional Psiquiátrico en el periodo de mayo a noviembre de 2011.

### **Objetivos Específicos:**

1. Establecer factores sociodemográficos y su relación con la efectividad de los fármacos Antipsicóticos Atípicos en la reducción de síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia.
2. Conocer los posibles factores que influyen en la actitud hacia el tratamiento, adherencia terapéutica y calidad de vida con los Anti psicóticos Atípicos.
3. Identificar por medio de la escala PANSS; subescala positiva, la gravedad y cambio experimentado por pacientes con esquizofrenia respecto al estado basal manejados con neurolépticos típicos versus atípicos.

### III. MARCO TEORICO

#### ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más serias que ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y labores de las personas que la sufren, que se inicia generalmente en la adolescencia, que tiene tendencia a evolucionar hacia la cronicidad y para la cual, no existe un tratamiento curativo en la actualidad, lográndose únicamente una remisión de los síntomas con el uso de antipsicóticos.

**Historia** Ya en el año de 1400 A.C. en el Ayur-Veda de la antigua india se describe una condición que podría corresponder a la actual esquizofrenia y para la que recomendaba "meditación" y "técnicas de encantamiento" para su tratamiento. En el año de 1856, Morel que fue un contemporáneo de Kraepelin, introduce el término demencia precoz, para catalogar a un adolescente que era brillante activo y que luego se volvió aislado, apático y callado.

En el año 1868, se introduce el término catatonia para designar un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica). Es este mismo año que Sander introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados. En 1896, Kraepelin utiliza nuevamente el término demencia precoz y hace una descripción de esta condición mental cuya descripción aún tiene vigencia en la actualidad. Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro y su oposición a la psicosis maniaco-depresiva en donde éste no existe: Identifica tres subgrupos: paranoide, catatónica y hebefrénica. (1)

En 1911, Bleuler introduce el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro y el mismo Kraepelin aceptaba que un 13% se recuperaban. Esquizofrenia significa mente dividida (mente escindida), poniendo un énfasis mayor en la fragmentación de la personalidad que en la evolución. Para Bleuler la esquizofrenia era la enfermedad de cuatro Aes: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y afecto incongruente.

**Epidemiología:** En el año de 1973, la Organización Mundial de la Salud publicó el reporte del estudio piloto internacional sobre esquizofrenia en donde se establecen criterios definidos para el diagnóstico y las características de la enfermedad en nueve países del mundo. En ese estudio se vio que el tipo más frecuente es el paranoide, seguido por el esquizoafectivo y el hebefrénico.

Los estudios de prevalencia realizados en América del Norte revelan que del 1.0 al 1.9 por mil habitantes sufren de esquizofrenia alguna vez en sus vidas. “(2) “En cuanto al estado civil, se nota que en las personas que ingresan por primera vez a los hospitales con el diagnóstico de esquizofrenia existe un alto porcentaje de solteros, separados, divorciados o viudos.

Se considera que debido a la enfermedad, que implica dificultad en las relaciones interpersonales y tendencia marcada al aislamiento, estas personas prefieren quedarse solteros o si se casan, debido a la incapacidad de afrontar las responsabilidades y obligaciones propias del matrimonio, se presentan con mayor frecuencia separaciones y divorcios.” (3)

---

(2) Ministerio de Salud “Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas afectadas de Esquizofrenia”, Santiago, Chile, 2000(4) (3) Goldner E, Hsu L, Waraich P, Somers J, “prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature”, Canadian Journal of Psychiatry, 2002; 47: 833-843

El hallazgo epidemiológico se puede explicar por dos hipótesis:

a) Las dificultades económicas y sociales de las clases bajas favorecen la aparición de la enfermedad en un individuo genéticamente predispuesto a ella y b) La esquizofrenia es más frecuente en familias y por la naturaleza desorganizante e improductiva de la misma, se van perdiendo recursos económicos e intelectuales que hacen que vayan cayendo en una pobreza cada vez mayor. (4)

### **Signos y síntomas:**

**Examen del estado mental:** En donde se trata de establecer el grado de psicopatología que se presenta en el momento de la entrevista. Notamos los siguientes: muestran poco interés por la entrevista y a veces se oponen rotundamente a ella, lucen distraídos, con la mirada vaga o a veces evitan el contacto visual con el entrevistador, descuidados de su aspecto personal, gesticulando o riéndose sin motivo, hablando por señas, pueden mostrar una conducta muy suspicaz, pueden estar agitados e inquietos, mutistas o inmóviles. Su relato puede no ser confiable porque se detectan incongruencias que ameritan ser aclaradas por algún familiar o amigo. En el curso del pensamiento pueden encontrarse las clásicas disgregaciones que son el resultado de incoherencias en las ideas, llegando hasta la ensalada de palabras (lenguaje cantinflezo). Puede existir el robo del pensamiento en donde sienten que se quedan sin ideas porque alguien se las robó. En el contenido del pensamiento se encuentran las ideas delirantes, que pueden ser de tipo paranoide, místico, religioso, de grandeza, de influencia extraña, de despersonalización o de desrealización. (5)

---

(4) Goldner E, Hsu L, Waraich P, Somers J, "Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature", Canadian Journal of Psychiatry, 2002; 47: 833-843

(5) Freedman, Schizofrenia, N engl J. Med, 2003, 349, 1738-1749.

En las percepciones, pueden existir alucinaciones auditivas (principalmente), visuales, táctiles, cinestésicas (sienten que su cuerpo se mueve involuntariamente o que flota en el espacio), cenestésicas o propioceptivas (las manos se le hicieron muy grandes, la cara se le deformó, es mitad humano y mitad animal) o de desintegración cósmica, en donde su cuerpo flota desmembrado en el espacio.

La orientación en las tres esferas generalmente se mantiene. La memoria es buena, La capacidad de abstracción (análisis de proverbios) es mala. La información general es buena y de acuerdo a su nivel educativo. Hay pobre capacidad de juicio crítico hacia la realidad. Generalmente no hay consciencia de enfermedad (insight) o existe en forma parcial ya que se cree enfermo de algo físico. (6)

**Examen físico:** Es poco relevante. Generalmente se aprecian alteraciones secundarias a hiperactividad del sistema simpático como taquicardia, hipertensión arterial, pupilas dilatadas, palidez generalizada.

**Examen neurológico:** No se van a encontrar alteraciones groseras en este sentido pero si se deben buscar los llamados signos neurológicos suaves (que no tienen una ubicación topográfica específica en el cerebro) y que son los siguientes:

Presencia de movimientos en espejo: Consisten en que cuando uno ordena a un paciente que mueva una extremidad, una mano, un dedo o un pie, se produce un movimiento opuesto en la misma parte del lado contralateral del cuerpo. (7)

---

(6) Freedman, Schizofrenia, N engl J. Med, 2003, 349, 1738-1749. (7) Silva H, "Esquizofrenia", en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000

Dificultad para decir trabalenguas: Que se explora diciéndole al paciente que repita dos trabalenguas usados con frecuencia.

Confusión derecha-izquierda: El examinador, con sus manos cruzadas en el tórax le indica al paciente que con su mano izquierda toque la mano izquierda del explorador. Si hay dificultad para lograr esto, se considera que está presente este fenómeno.

Movimientos musculares anormales en reposo: Se le pide al paciente que junte sus pies, mantenga la cabeza erguida, con los ojos cerrados, las extremidades superiores a la altura de los hombros y los dedos de ambas manos abiertos durante un minuto. Si aparecen movimientos coreicos en las extremidades superiores, cabeza, cuello o tronco, se consideran signos positivos. (8)

Dificultad para oponer los dedos: De una mano al pulgar correspondiente.

Dificultad en la pronación-supinación alterna repetitiva: Se le pide al paciente que golpee varias veces la palma de su mano derecha con la palma de la mano izquierda y que luego le de vuelta a la mano izquierda y golpee con el dorso de esa mano, la palma de la mano derecha varias veces. Luego se hace lo mismo sobre la palma de la mano izquierda.

Dificultad para realizar movimientos repetitivos: Con los pies en forma de golpear el piso repetitivamente con la punta de los pies tanto el izquierdo, como el derecho, como ambos simultáneamente. (9)

---

(8) Silva H, "Esquizofrenia", en *Psiquiatría Clínica*, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000

(9) Ídem

**Síntomas positivos mentales: (psicóticos)**

**Alucinaciones:** Son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo. No está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presente en el mundo externo. Pueden ser de tipo auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas.

**Delirio:** Se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas. El alcance con la realidad está restringido. El paciente ve el delirio como la única realidad válida. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Tipos: persecución, de culpa, de grandeza, religioso, somático, de referencia.

**Trastornos del pensamiento:** La manera de hablar suele darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado. (10)

Relatan a menudo que han perdido control sobre sus pensamientos, que estos le han sido sustraídos, impuestos o que son dirigido por extraños poderes o fuerzas, en las crisis psicóticas, estos síntomas anteriores descritos pueden ir acompañados de:

**Síntomas positivos en el ámbito de sentimientos:** angustia, excitabilidad.

**Síntomas positivos vegetativos:** insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios

**Síntomas positivos de la motricidad:** comportamiento, agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva. (11)

---

(10) "Clinical Evidence Mental Health", Issue 8, 2002, BMI Publishing Group, London, United Kingdom

(11) Jerez S, "Otras Psicosis", en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000

## Síntomas Negativos

**Pobreza afectiva:** Se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional; se manifiesta en aspectos del comportamiento como: Expresión facial inmutable: la cara parece helada, de madera, mecánica.

**Alogia:** Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Se manifiesta a través de: Pobreza del lenguaje: restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, las respuestas son breves y raramente hay información adicional, Pobreza del contenido del lenguaje: Aunque las respuestas son largas, el contenido es pobre. El lenguaje es vago repetitivo y estereotipado, bloqueo: interrupción del lenguaje antes de que un pensamiento o idea haya sido completado. (12)

**Abulia –Apatía:** La abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso. La apatía es la falta de interés. A diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y normalmente no está acompañado de una afectividad triste. Se manifiesta en: Problemas con el aseo y la higiene, Falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea, Sentimiento de cansancio, lentitud, Propensión al agotamiento físico y mental.

**Anhedonia – insociabilidad:** La Anhedonia es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras (13).

---

(12) Jerez S, "Otras Psicosis", en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000

(13) Ídem

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE 10 PARA ESQUIZOFRENIA

Presencia, como mínimo, de un síntoma muy evidente o dos o más, si son menos evidentes, pertenecientes a cualquiera de los grupos (a) a (d), o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el (e) y el (i). Los síntomas deben haber estado claramente presentes por un período de un mes o más.

- a) Eco, robo, inserción o transmisión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencias o de pasividad claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros, o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo y otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo, que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son totalmente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características, flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas "negativos", tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social); debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio consistente de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

## **Pronóstico**

Desde el punto de vista de los subtipos de esquizofrenia, se considera que el hebefrénico y el simple son los que tienen peor pronóstico. En cambio los paranoides, los catatónicos y el episodio esquizofrénico agudo tienen un buen pronóstico.

En cuanto al inicio de la enfermedad, se considera que los que tienen un inicio súbito tienen mejor pronóstico que los que presentan un inicio lento y progresivo.

Entre más temprano en la vida se presenten síntomas psicóticos más malo es el pronóstico. Además, cuando han seguido un curso episódico, estos tienden a espaciarse o a desaparecer después de los 40 años de edad.

La presencia de factores desencadenantes o precipitantes habla de mejor pronóstico que cuando no existen. (15)

Una historia de buen ajuste previo a la enfermedad, en áreas importantes como el funcionamiento social, sexual, laboral y familiar habla a favor de buena evolución.

El pertenecer a una familia bien conformada, con buenos patrones de comunicación y ayuda mutua que le brinden apoyo al paciente favorece un buen futuro.

En estudios de seguimiento prolongado de algunos casos se ha encontrado que un 11% de los pacientes deben permanecer hospitalizados en forma continua, un 33% presentan síntomas residuales importantes pero son capaces de vivir en su comunidad y un 56% llevan una vida normal aunque ocasionalmente tienen que tomar medicamentos antipsicóticos.(16)

---

(15) Frangou, S. Murria R, Schizofrenia. 1ª Edición Londres, 1996. (16) Ídem

**Tipos de esquizofrenia:**

**Esquizofrenia paranoide:** Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la apatía del cuadro.

**Esquizofrenia catatónica:** Predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores. Los expertos hablan de "estupor catatónico". A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. También se dan repetición constantes del mismo movimiento (automatismos) y muecas. (17)

**Esquizofrenia desorganizada o hebefrenica:** Predomina un afecto absurdo, no apropiado (se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos. Suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas. A menudo muestran falta de interés y de participación. Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad, por eso reciben el nombre de esquizofrenias juveniles e incluso hay casos en los que la enfermedad viene de la infancia (psicosis infantil).

**Esquizofrenia indiferenciada:** es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de los otros anteriores. (18)

---

(17) Silva H, "Esquizofrenia", en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000 (18) Ídem

**Esquizofrenia residual:** en estos casos debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes. No se manifiesta en todos los enfermos. (19)

### **Curso de la enfermedad**

Cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo, se habla de un episodio esquizofrénico o psicótico, en general después de estos episodios no quedan síntomas negativos.

Se pueden distinguir tres fases:

**1ª fase prodrómica:** es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, rendimiento bajo. Pero no necesariamente tiene que ser así, hay casos en los que no se detecte ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia. Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil.(20)

---

(19) Silva H, "Esquizofrenia", en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000 (20) Ídem

**2º fase activa:** Es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento. Es en la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año. Un mismo enfermo suele tener brotes de duraciones parecidas.

**3ª fase residual:** No la sufren todos los enfermos, en esta fase los síntomas negativos llegan a su culmen y el deterioro personal, social y laboral es grave. (21)

**Tratamiento** Debe hacerse simultáneamente en los tres niveles de prevención que se han establecido para todas las enfermedades y que consiste en: a) eliminar los síntomas una vez que se han presentado b) prevenir la aparición de nuevas crisis y c) rehabilitar al paciente para favorecer un mejor funcionamiento global. Para evaluar los resultados de un tratamiento se deben observar los siguientes parámetros: mejoría de los síntomas, aumento del rendimiento laboral, aumento del funcionamiento social, frecuencia de re-hospitalizaciones, duración de los internamientos y disminución de la dependencia a otras personas para poder funcionar. (22) Desde la introducción del antipsicótico clorpromazina en 1954, las medicaciones psicotrópicas se han convertido en el pilar del tratamiento para la esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas. Numerosos estudios han documentado la eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y del litio y los antidepresivos en el tratamiento de los trastornos afectivos. Los antipsicóticos o neurolepticos han mostrado su eficacia tanto en el tratamiento agudo de los síntomas psicóticos como a nivel de recaídas. (23)

---

21) Frangou, S. Murria R, Schizofrenia. ja Edición Londres, 1996. (22) Agencia D'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques "Guía de Práctica Clínica para la Atención al Paciente Ambulatorio con Esquizofrenia, Barcelona, España 2003 (23) American Psychiatric Association "Practice Guideline

Los antipsicóticos reciben también el nombre de neurolépticos. Fueron descubiertos a comienzo de los años 50. Son especialmente útiles para los síntomas característicos de la esquizofrenia.

La esquizofrenia va acompañada de una alteración del metabolismo cerebral, se trata de un funcionamiento excesivo de la dopamina. Los antipsicóticos bloquean el efecto excesivo de la dopamina y restablecen el equilibrio en el metabolismo cerebral. Sin embargo los neurolépticos también modifican otros ámbitos metabólicos cerebrales, de ello resultan, además de los efectos deseados, desafortunadamente también efectos laterales o secundarios indeseables. (24)

Se distingue dos grandes grupos de antipsicóticos: los llamados clásicos o típicos que se caracterizan por bloquear los receptores dopaminérgicos D2, son muy eficaces en los síntomas positivos, pero provocan bastantes efectos secundarios y los atípicos que actúan sobre receptores serotoninérgicos, produciendo menos efectos secundarios y siendo más eficaces en los síntomas negativos.

Una innovación importante son los neurolépticos de depósito o inyectables, que se inyectan en el glúteo y actúan a lo largo de muchos días. Su ventaja se halla en el hecho de garantizar la liberación de la sustancia, posibilidad de reducir la dosis a administrar, nivel de fármaco en plasma predecible y constante y se puede tratar a los pacientes que presentan dificultades de absorción con la medicación oral. Del mismo modo que los afectados pueden reaccionar en cada caso de manera muy diferente a situaciones de la vida, también varían mucho las reacciones a los neurolépticos. Los enfermos responden de maneras muy diversas al tratamiento y en ocasiones se pueden producir efectos secundarios más leves o más fuertes.

(25)\_\_\_\_\_

(24) J Clin , "Treatment of Schizophrenia", Expert Consensus Guidelines Series, Psychiatry 1999, Vol 60, (Suppl 11). (25) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), "Psychosocial Interventions for the Management of Schizophrenia. A national Clinical Guideline", Sign Publication N° 30, Edimburgh, Scotland, 1998.

Medicamento	Dosis equivalente vía oral	Dosis diaria habitual de mantenimiento vía oral (mg)
Risperidona	1-2	4-8
Flufenazina	2	—
	0,7 (i.m.)	12,5-100 mg/2-4 semanas (i.m.)
Haloperidol	2	1-30
Pimozida	2	4-12
Olanzapina	2-3 ?	5-20*
Sertindol	2-3 ?	12-24*
Trifluoperazina	5	2-6
Perfenazina	10	12-64
Zuclopentixol		20-50
		200-400 mg/2-4 semanas (i.m.)
Tioproperazina		30-40
Pipotiazina	20	—
Propericiazina		30-40
Loxapina	10	60-100
Clotiapina	20	120-160
Clozapina	50	200-300
Clorpromazina	100	50-400
Levomepromazina	100	100-200
Tioridazina	100	50-400
Sulpirida	400	400-600

**Antipsicóticos típicos Versus atípicos.** Los Antipsicóticos convencionales siguen siendo fármacos de primera línea en la esquizofrenia. A pesar de sus limitaciones, son muy efectivos en el tratamiento agudo y de mantenimiento y son bien tolerados por muchos pacientes. Presentan como ventaja adicional la disponibilidad para algunos de ellos de formas farmacéuticas parenterales, de corta duración o preparados deposito. Los Antipsicóticos atípicos son claramente una alternativa cuando no son tolerados los clásicos por sus efectos extrapiramidales, sus principales limitaciones son el escaso conocimiento sobre su seguridad y eficacia en la terapia de mantenimiento y su alto costo. (26)

---

(26) Gutiérrez Suela, F. TRATAMIENTO ACTUAL CON ANTIPSICÓTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA. Servicio de Farmacia. ÇSagrat Cor. Serveis de Salut MentalÈ. Martorell. *Farm Hosp* 1998; 22 (4): 207-212.

Algunos autores justifican el uso de los nuevos Antipsicóticos en el primer episodio agudo de la esquizofrenia y durante a enfermedad, basándose en las hipótesis de un descenso de las tasas de recaída y de la morbilidad asociada y de una mejora en los resultados a largo plazo; sin embargo no hay ensayos clínicos adecuados que valoren estos hechos. También hay hipótesis sobre las ventajas de los AP atípicos en la reducción de costos (estancias hospitalarias más cortas, menos re-hospitalizaciones, etc.). Aunque varios estudios con clozapina y risperidona han mostrado evidencias sobre el menor costo asociado con su uso en comparación con los más antiguos. (27)

Si a las seis semanas, aún no hay una respuesta óptima, se podrá aumentar aún más la dosis (si hay evidencia de que el aumento se acompaña de mejoría y que los efectos colaterales no constituyen un problema) o potenciar el efecto de los Antipsicóticos Atípicos adicionando un neuroléptico clásico en bajas dosis. (28)

---

(27) American Psychiatric Association "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia", Second Edition, 2004

(28) J Clin , "Treatment of Schizophrenia", Expert Consensus Guidelines Series, Psychiatry 1999, Vol 60, (Suppl 11)

## Cambio de Etapa

La decisión de cambiar de antipsicótico puede estar basada en: sus resultados sobre la sintomatología (respuesta clínica) o en la mala tolerancia a los efectos colaterales. En cada una de las etapas, se debe evaluar el resultado del tratamiento farmacológico regularmente. Esta evaluación debe llevar a una decisión respecto de si seguir con el tratamiento o de introducir cambios (Puntos de Decisión). (29)

La evaluación debe realizarse a fines de la tercera semana, a fines de la sexta semana y a fines de la novena semana de uso de un determinado esquema farmacológico.

Si, de acuerdo al clínico se ha producido una buena respuesta, se debe continuar el tratamiento con las mismas dosis.

Si la respuesta al tratamiento es mala, se debe pasar a la siguiente etapa del algoritmo.

Si, por otra parte, la respuesta es sólo parcial, se debe aumentar la dosis del fármaco y reevaluar en tres semanas. Si a fines de la sexta semana la respuesta al tratamiento es mejor, pero aún es parcial, se puede aumentar la dosis del fármaco y/o mantener por otras tres semanas para evaluar la respuesta. En este punto, en el caso de los neurolépticos atípicos (Etapas I, II y III), se puede intentar potenciar su efecto con la adición de un neuroléptico clásico antes de cambiar de etapa.

Si existe una buena respuesta antipsicótica pero efectos colaterales significativos, se debe intentar su manejo con la adición de medicamentos adjuntos. (30)

---

(29) Lehman A, Steinwachs D, "At issue: Translating Research into Practice: The Schizophrenia Patients Outcome Research (PORT) Treatment Recommendations", Schizophrenia Bulletin 1998; 24(1): 1-10

(30) Miller AL, Chiles JA, Chiles JK, Crismon ML, Rush AJ, Shon SP, "The Texas Medication Algorithm Project (TMAP) Schizophrenia Algorithms", J Cline Psychiatry 1999; 60: 649-57(11)

**CUADRO Nº 3: TRATAMIENTO INTEGRAL PARA PERSONAS CON PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA SEGUN FASE DE EVOLUCION**

OBJETIVOS	INTERVENCION FARMACOLOGICA	INTERVENCION PSICOSOCIAL
<b>FASE AGUDA</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar una relación de colaboración</li> <li>• Lograr control de síntomas más disruptivos</li> <li>• Estimular la utilización de núcleos sanos con que cuenta la persona</li> <li>• Garantizar seguridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar tratamiento con risperidona</li> <li>• Tratamiento parenteral en caso de riesgo de seguridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo y Contención emocional a la persona</li> <li>• Intervención en crisis a la familia</li> <li>• Psicoeducación Inicial para el usuario y su familia</li> <li>• Apoyo a la familia para acceder a recursos sociales y de salud</li> </ul>
<b>FASE DE RECUPERACION</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar alianza terapéutica</li> <li>• Potenciar fortalezas y habilidades de la persona</li> <li>• Mantener libre de síntomas positivos</li> <li>• Mantener máximo funcionamiento posible</li> <li>• Redefinición del proyecto de vida de la persona de acuerdo a expectativas realistas</li> <li>• Evitar efectos colaterales</li> <li>• Potenciar las fortalezas de la familia para enfrentar la psicosis</li> <li>• Mantener integración de la persona en su medio natural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de resultados</li> <li>• Ajuste de dosis o cambio de antipsicóticos si es necesario</li> <li>• Medicación adjunta para mejorar respuesta o efectos colaterales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación al usuario y a la familia</li> <li>• Evaluación y diagnóstico situacional</li> <li>• Evaluación habilidades y capacidades de la persona</li> <li>• Intervenciones familiares</li> <li>• Intervenciones psicosociales grupales</li> <li>• Actividades para desarrollar relaciones y mantener integración en la comunidad</li> </ul>
<b>FASE DE INTEGRACION SOCIAL</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restablecer funcionamiento a nivel previo al episodio psicótico</li> <li>• Mejorar calidad de vida</li> <li>• Disminuir riesgo de recaída</li> <li>• Consolidar Integración en su medio natural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de efectos colaterales tardíos</li> <li>• Reforzamiento de adherencia para tratamiento a largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación al usuario y a la familia</li> <li>• Intervenciones familiares</li> <li>• Intervenciones psicosociales grupales</li> <li>• Actividades para consolidar integración en la comunidad</li> </ul>

## **MALA ADHERENCIA A TRATAMIENTO**

En el caso de las personas que no se adhieran al tratamiento con risperidona, se recomienda emplear un segundo antipsicótico atípico antes de indicar un neuroléptico de depósito ya que la principal causa de no adherencia al tratamiento son los efectos colaterales de los medicamentos. De esta forma, si se mejora la tolerancia al medicamento, es posible que mejore la adherencia.

Frente a la persistencia de una mala adherencia, se deben seguir los siguientes pasos:

- a. Descartar la presencia de efectos colaterales intolerables como causa.
- b. Asegurar con psicoeducación el adecuado entendimiento de indicaciones terapéuticas por parte de los cuidadores.
- c. Considerar el tratamiento temporal con flufenazina decanoato
- d. Considerar hospitalización (parcial o completa) hasta conseguir una adecuada adherencia a las indicaciones terapéuticas. Si es necesario internar a la persona contra su voluntad, se debe considerar el resguardo de sus derechos. (31)

---

(31) National Institute for Clinical Excellence (NICE) , "Full Guidance on the use of Newer (Atypical) Antipsychotic Drugs for the Treatment of Schizophrenia", Technology Appraisal Guidance N° 43, London, England, 2002

## **ANTIPSIKOTICOS EN FASE AGUDA**

Los objetivos inmediatos son prevenir el daño del paciente, controlar los disturbios de la conducta, suprimir los síntomas y lograr un retorno rápido al mejor nivel de funcionamiento mental y social; siendo las metas a alcanzar el disminuir las tasas de recurrencia y hospitalizaciones, mejorar el nivel funcional del paciente y mejorar la tolerancia a los medicamentos. Es de importancia ya que la esquizofrenia está asociada al suicidio y a otras conductas perjudiciales. (32)

## **ACTITUDES Y CUMPLIMIENTO.**

El cumplimiento, surge en este trabajo como el resultado de una interacción compleja y de la elaboración de la influencia ambiental y personal sobre la percepción del tratamiento, las actitudes y las creencias se incluye también la denominada relación terapéutica, entendida como la interacción que establece el paciente con el contexto y con el terapeuta, sobre el marco de la farmacoterapia. Los elementos subjetivos de estas relaciones, conllevan una importancia determinante en la cumplimentación. El contexto socio-familiar también puede resultar estimulante para adherirse al tratamiento pautado. Los motivos para no seguir las instrucciones médicas y dejar el tratamiento, incluyen los efectos secundarios del medicamento. (33)

---

(32) Bagnall AM, Jones L, Ginelly L, Lewis R, Glanville J, Gilbody S, "A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia", Health Technology Assessment (HTA), 2003, Vol 7, N° 13.

(33) Barberá M, Sanjuán J, Munárriz M, Novella E, Santiago C, Simón M. La experiencia Subjetiva con antipsicóticos: evaluación cuantitativa. Actas Esp Psiquiatra 2006 Sep.- Oct.; 34: 287-94.

## IV.DISEÑO METODOLOGICO

**Área de estudio:** El área de estudio en el que se ubica el problema a investigar es en el área de salud, esto es debido a la variable independiente que está relacionada íntimamente con la impresión clínica que inciden en la salud mental y tratamiento de la población, generando de esta forma el pronóstico de la enfermedad y su evolución.

1. **Periodo de investigación:** El trabajo se realizó con la revisión de expedientes, de pacientes del programa de Antipsicóticos Atípicos en período comprendido de mayo a noviembre de 2011.
  2. **Tipo de investigación:** Analítico-Comparativo.
  3. **Universo:** De acuerdo a datos epidemiológicos obtenidos del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez un total de casos atendidos con tratamiento Antipsicóticos Atípicos en pacientes que pertenecen a los programas corresponden a un total de 120 pacientes, el cual engloba los que provienen de la zona oriental, occidental y central del país y de múltiples patologías psiquiátricas.
  4. **Muestra y Estrategia:** Se obtuvieron a través de un proceso sistemático el cual consiste en elegir una muestra de pacientes familiarizados con el uso de antipsicóticos que tienen una larga experiencia en el consumo de neurolépticos; y que han probado tanto típicos como atípicos.
-

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- 1) Entre las edades de 15 y 45 años.
- 2) Que cumpla con al menos 1 año de tratamiento con neurolépticos.
- 3) Experiencia terapéutica con antipsicóticos típicos y atípicos y que pertenezcan al programa de anti psicóticos atípicos del Hospital Nacional Psiquiátrico.
- 4) Con diagnóstico previo de esquizofrenia.

**Diseño de recolección de datos:****Técnicas de recolección de datos:**

El instrumento de recolección de datos utilizado fue la Escala PANSS, subescala positiva para esquizofrenia y hoja de recolección de información cualitativa y cuantitativa de datos de los expedientes clínicos.

**Delimitación de las fuentes:**

Entre los tipos básicos de fuentes de información a utilizar:

**FUENTES SECUNDARIAS:** Información recopilada de los expedientes clínicos.

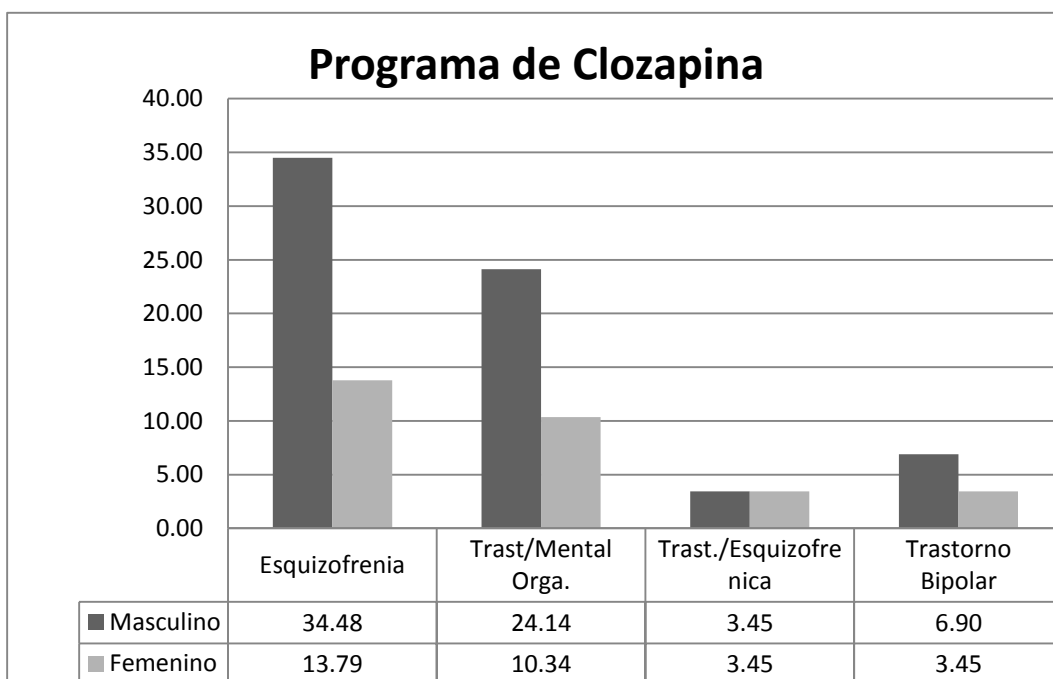
**Procesamiento y análisis de datos:**

La tabulación se realizó a través de la recolección de datos utilizando el paquete estadístico Excel, por medio del método automatizado y proyección.

Para el análisis se utilizó la frecuencia relativa, presentando los datos en tablas y graficas que se detallan en frecuencia absoluta y relativa, para luego realizar la discusión y análisis de datos. Así también para la defensa de dicho trabajo de investigación se efectuara en gráficos para la comprensión de los resultados a obtener.

**V.RESULTADOS.**

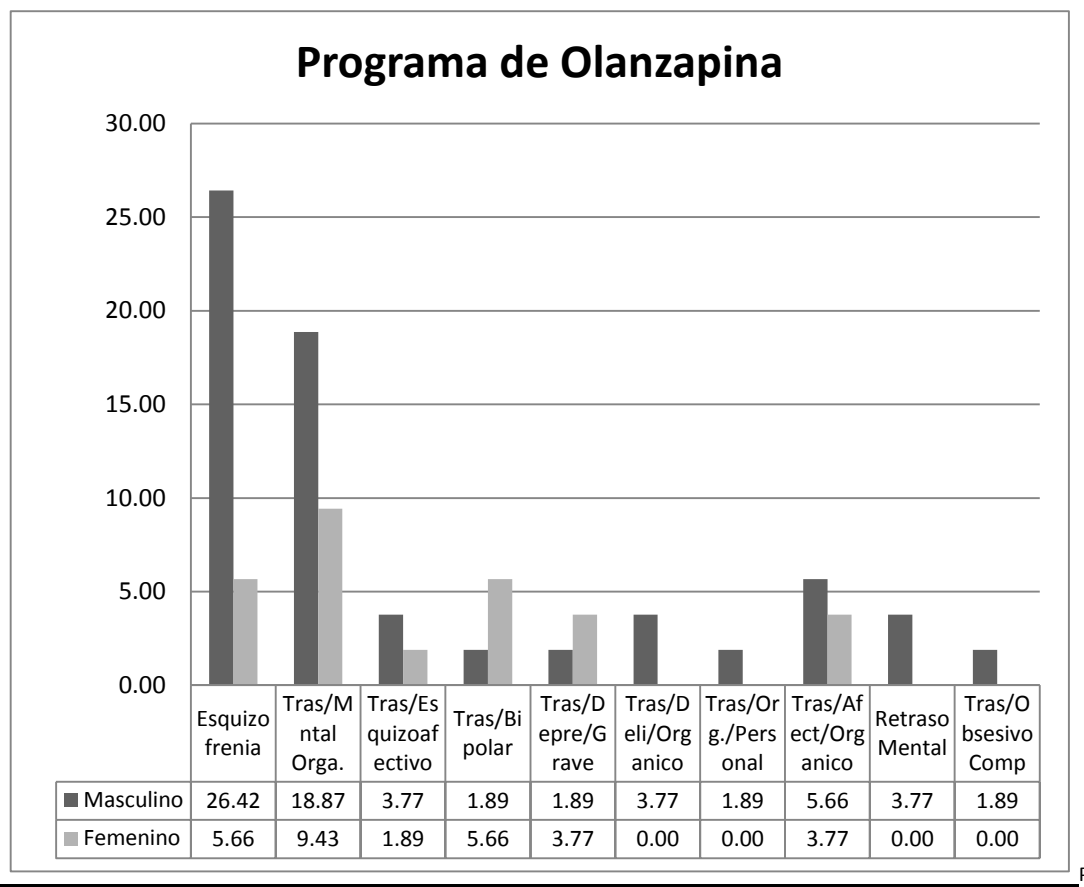
**Grafica1. Porcentaje de Pacientes del Programa de Clozapina.**



REGISTRO DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE CLOZAPINA HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO.

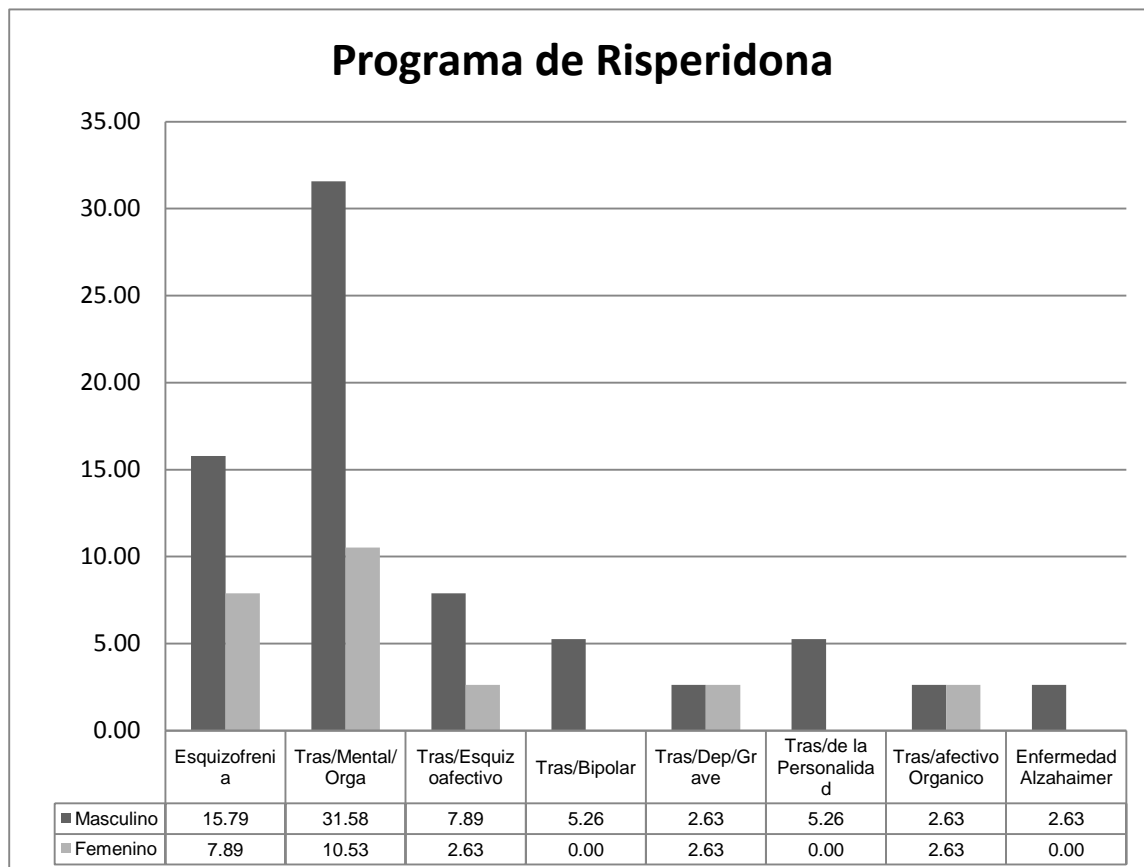
El 51.76% del total de pacientes que utilizan clozapina padecen otra enfermedad mental, y el 48.27% padecen de esquizofrenia en sus diferentes tipos.

**Grafica 2: Porcentaje de Pacientes del Programa de Olanzapina**



PACIENTES DEL PROGRAMA DE OLANZAPINA HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO.

Los pacientes pertenecientes al programa de olanzapina en un total de 64.15% corresponden a otro trastorno mental y el 32.10% a esquizofrenia.

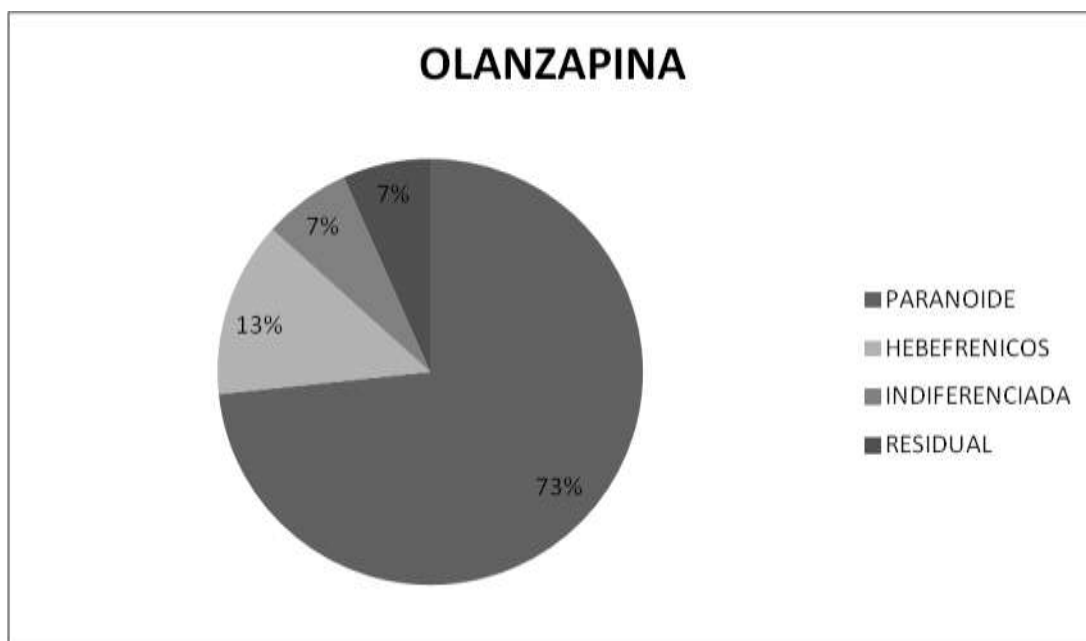
**Grafica3: Pacientes del Programa de Pacientes de Risperidona.**

PACIENTES DEL PROGRAMA DE RISPERIDONA DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO.

Los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento con risperidona son en un 76.3% correspondientes a otras patologías psiquiátricas y únicamente el 23.7% tienen diagnóstico de esquizofrenia.

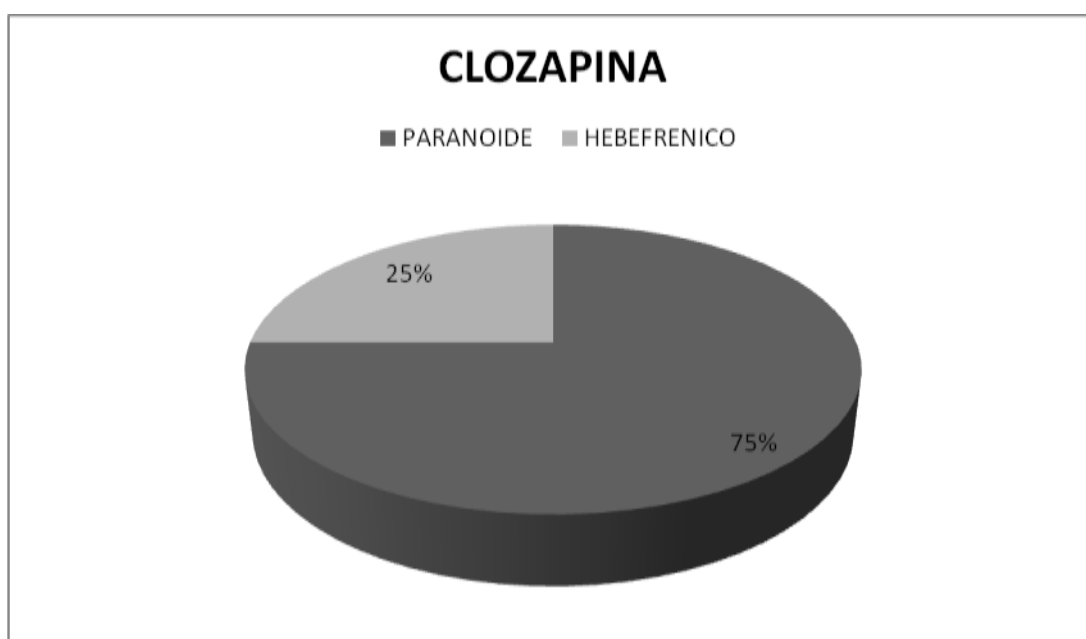
**PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE ESQUIZOFRENIA QUE SE ENCUENTRAN EN LOS PROGRAMAS DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS.**

**GRÁFICO 4: Porcentaje de Pacientes con Olanzapina.**

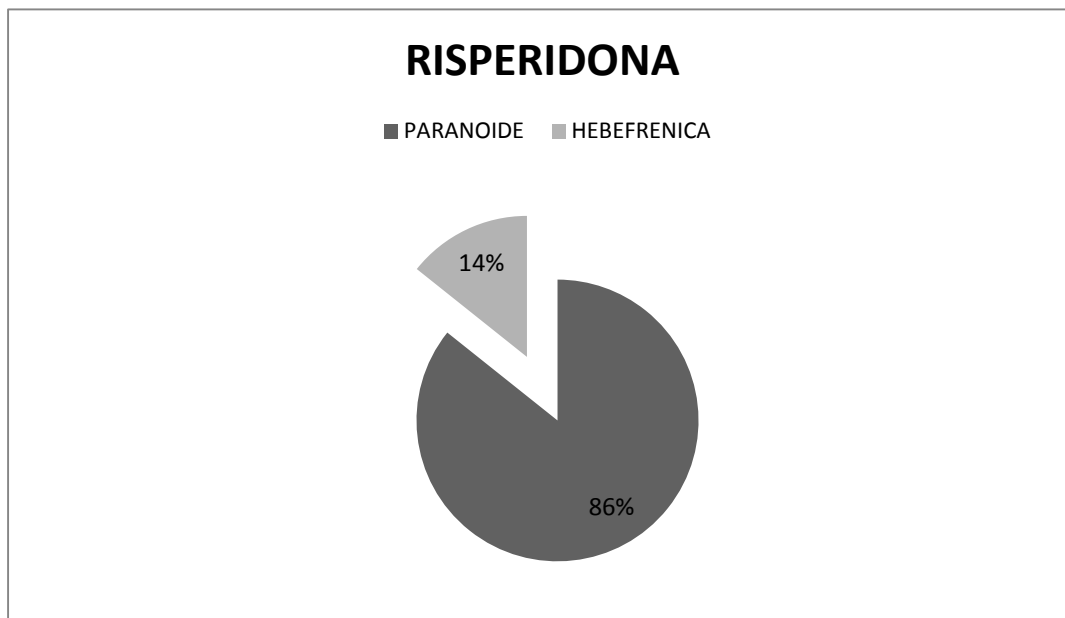


Listado según epidemiología de Pacientes del Programa de Olanzapina Hospital Nacional Psiquiatrico

**Grafica 5: Porcentaje de pacientes con clozapina.**

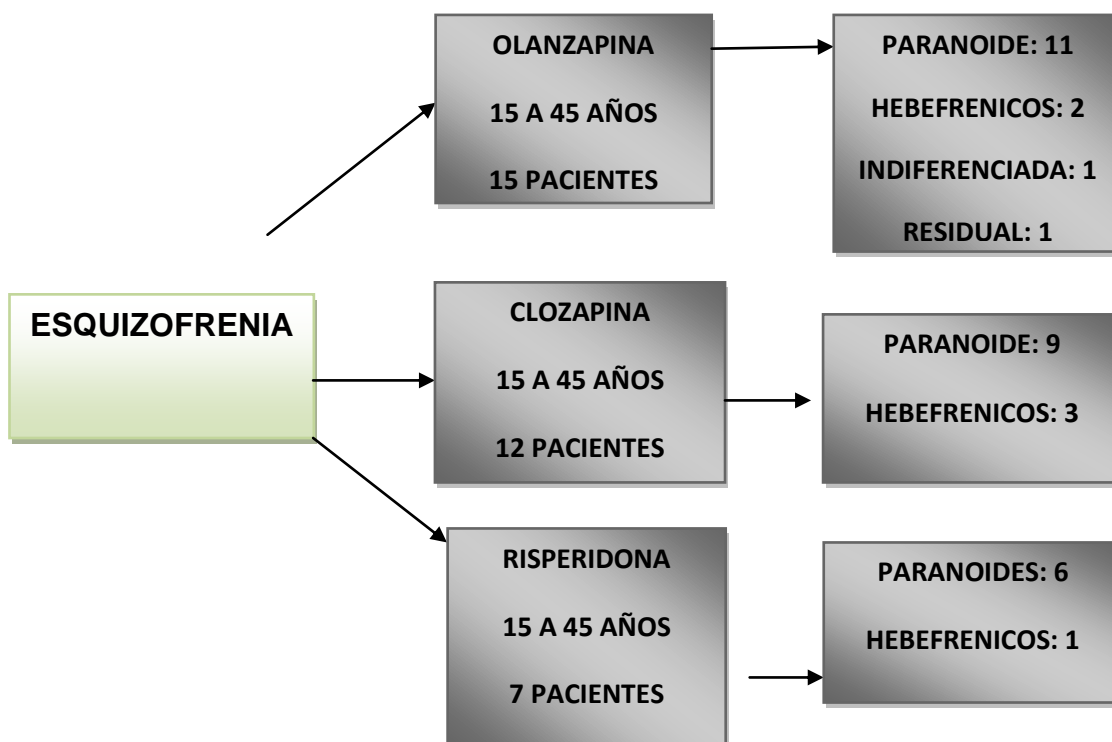


### GRÁFICO 6: Porcentaje de pacientes con Risperidona.



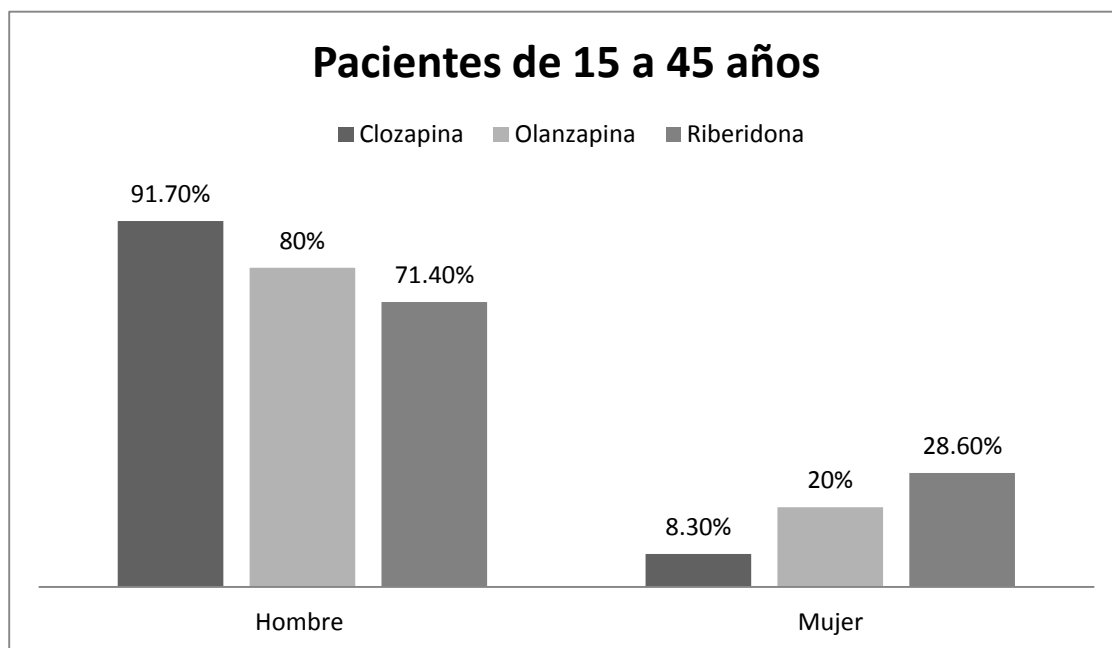
Listado según epidemiología de Pacientes del Programa de Risperidona Hospital Nacional Psiquiátrico.

### Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y sus diferentes tipos:



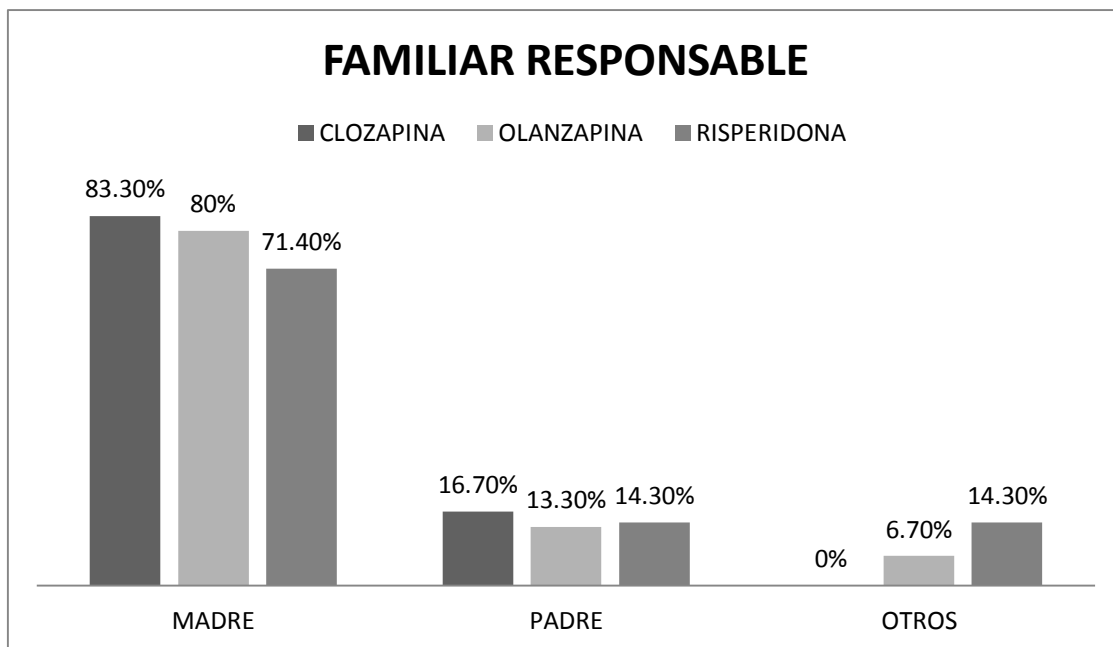
**REGISTRO SEGÚN ESTUDIO CUALITATIVO Y CUANTITATIVO.**

**Gráfico 7: Según  
sexo.**



Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.

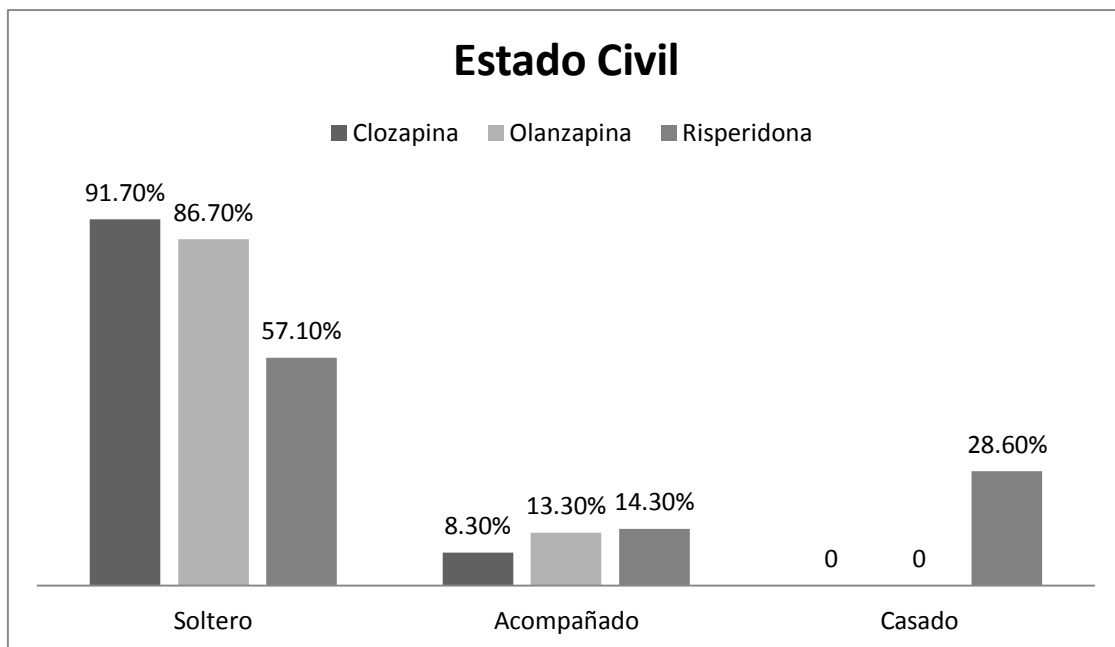
El mayor número de pacientes son del sexo masculino, siendo el 91.70 % para Clozapina, 80% Olanzapina y 71.4% Risperidona.

**Gráfica 8: Familiar Responsable según cada medicamento.**

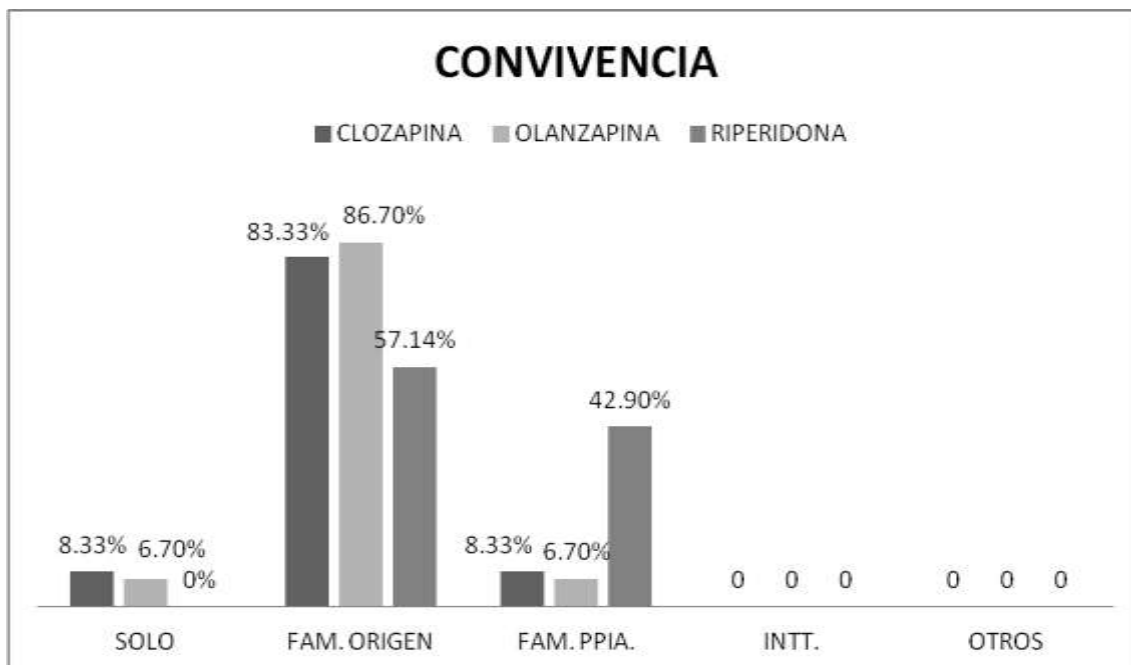
Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.

En este caso es la madre quien refleja un mayor porcentaje siendo un 83.3% Clozapina, 80% Olanzapina y 71.4% Risperidona.

**Gráfica 9 y 10: Estado civil y convivencia según cada medicamento.**



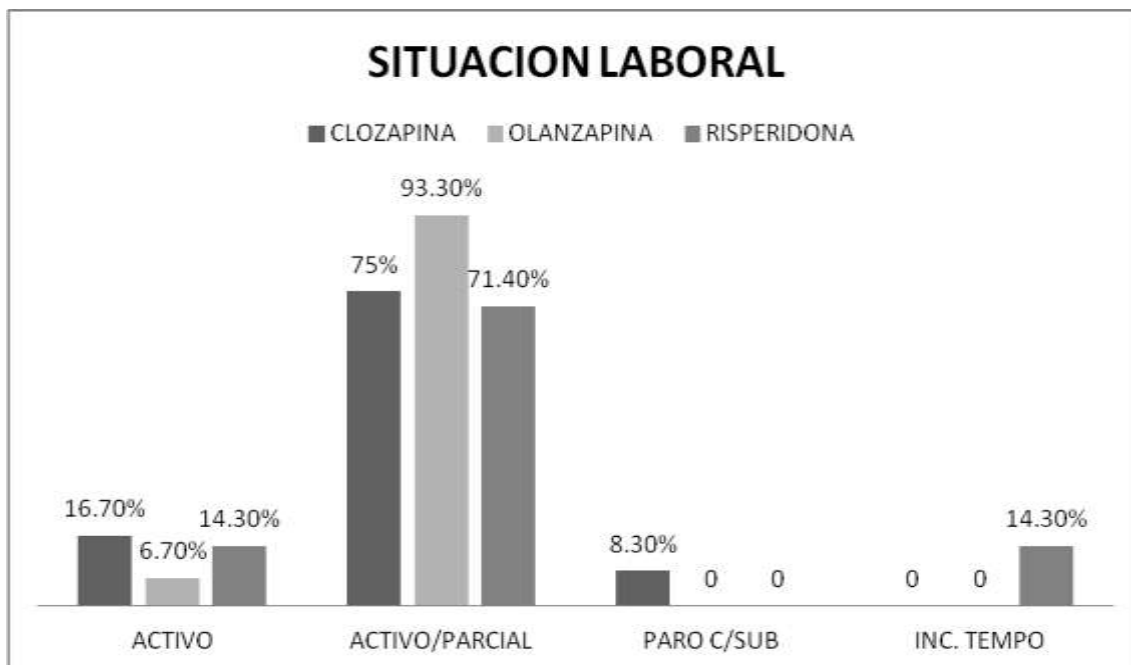
Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.



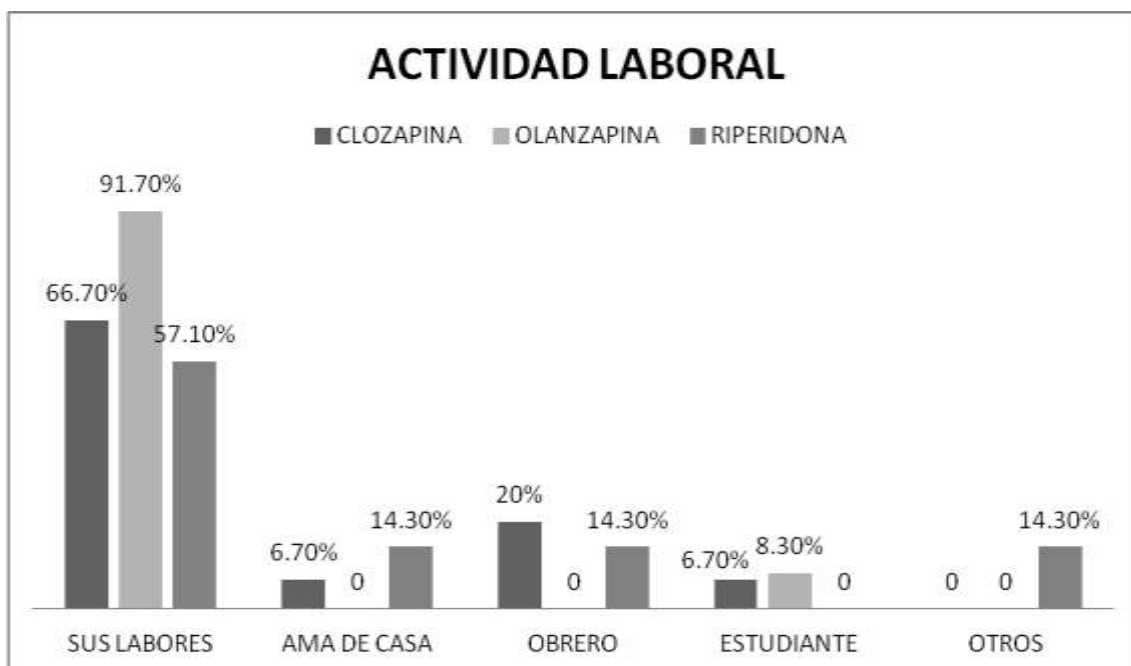
Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.

En el estado civil un mayor porcentaje se encuentra soltero en un 91.7% ,86.7%, 57.1% y la convivencia es en una mayor frecuencia quienes viven con su familia de origen 83.33%, 86.7%, 57.1% para Clozapina, Olanzapina y Risperidona respectivamente.

Gráfica 11 y 12: Situación Laboral y Actividad Laboral.



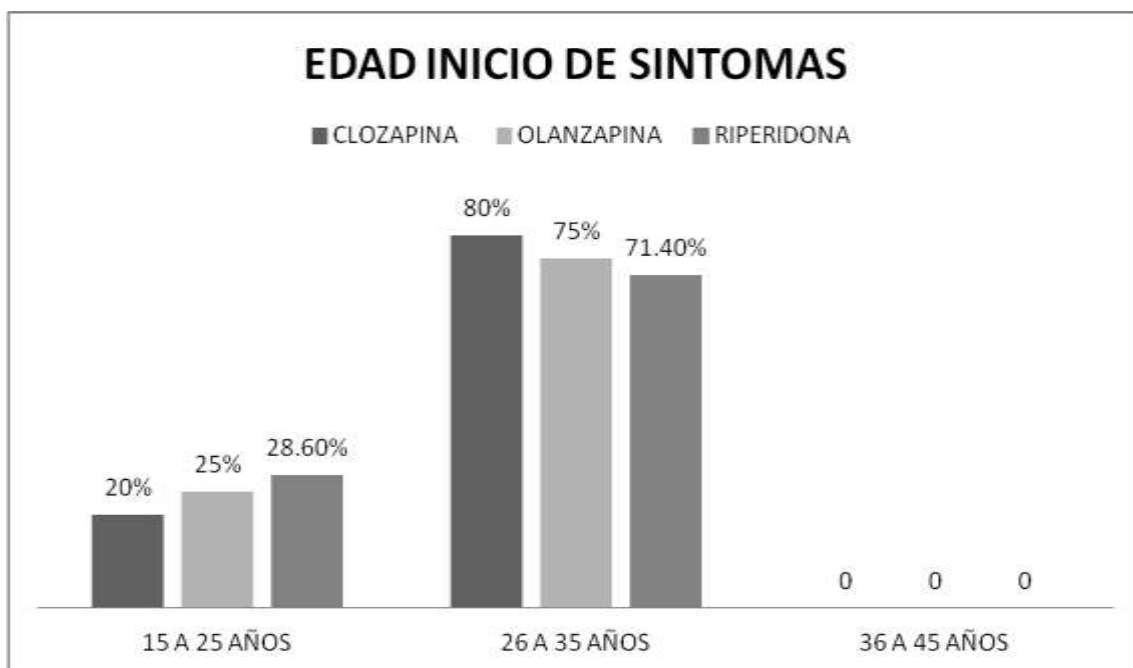
Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.



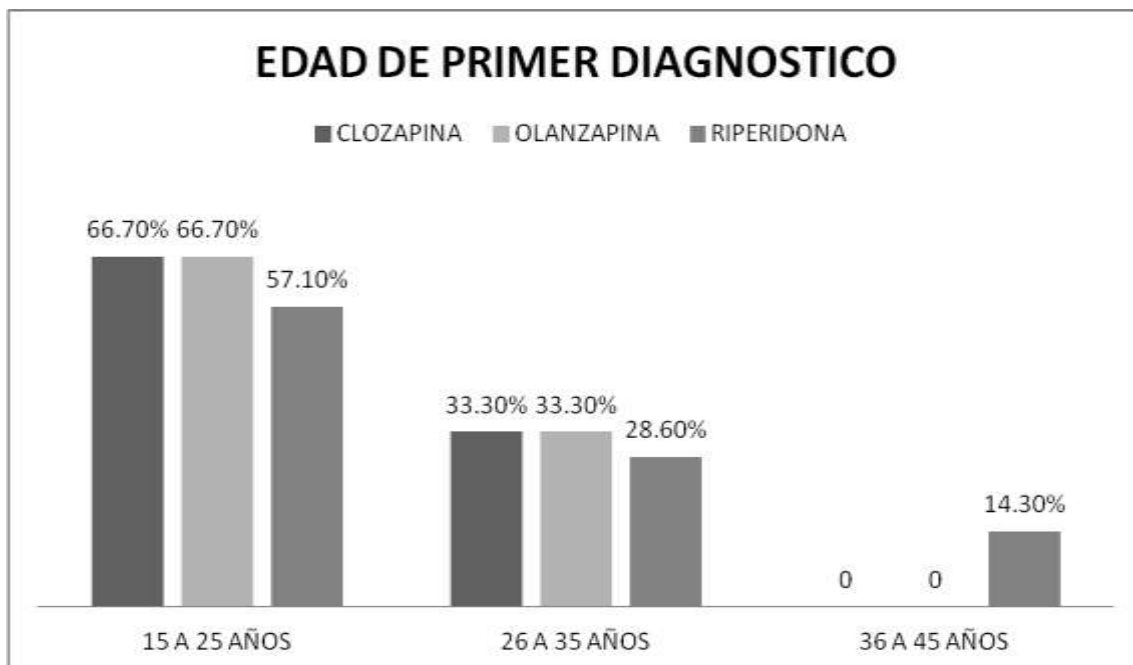
Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.

En la situación laboral 75%, 93.3% y 71.4% se encuentra activo parcial; y la actividad laboral el mayor porcentaje realiza sus labores siendo un 66.7%, 91.7% y 57.1% para Clozapina, Olanzapina y Risperidona respectivamente.

**Gráfica 13 y 14: Edad de inicio de síntomas y Edad de primer diagnóstico.**



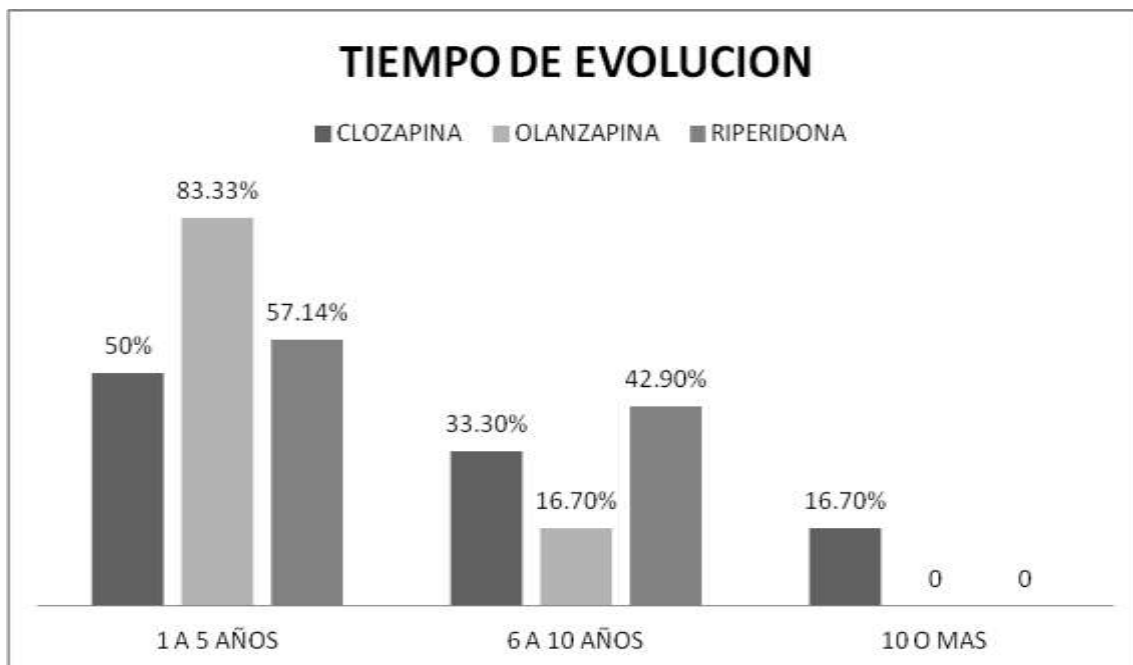
Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.



Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.

La edad de inicio de los síntomas en el mayor porcentaje es de 80.75%, y 41.4% para las edades de 26 a 35 años. Y la edad de primer diagnóstico entre 15 a 25 años. Para clozapina, olanzapina y risperidona respectivamente.

### Gráficas15-16 Tiempo de evolución/ Tiempo de recibir tratamiento.

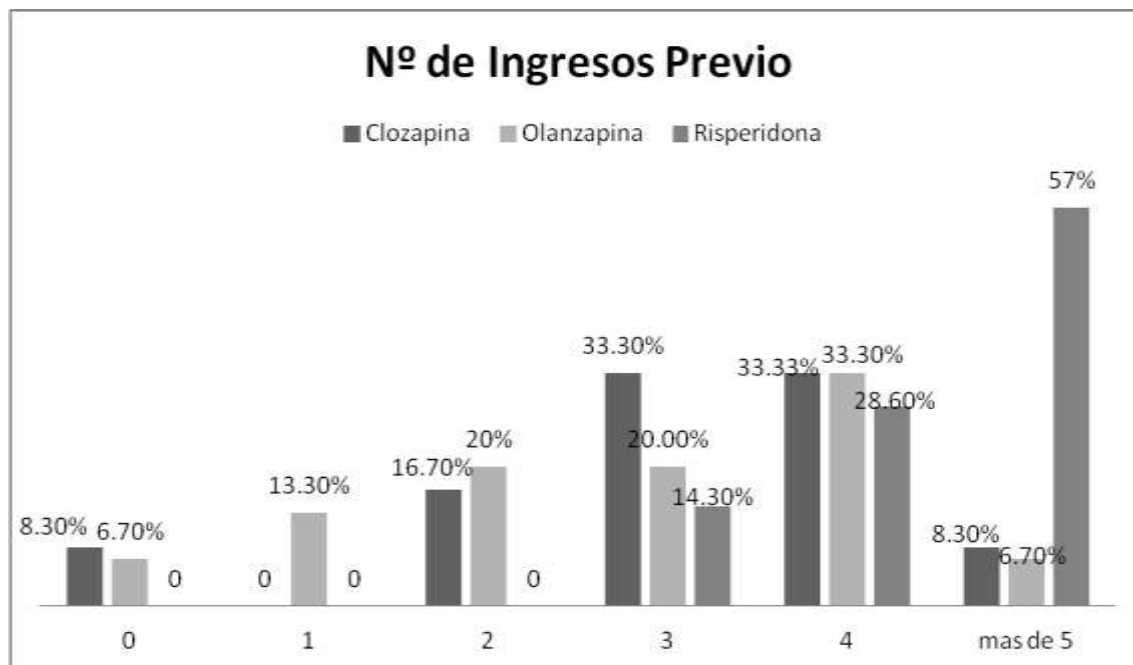


Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.

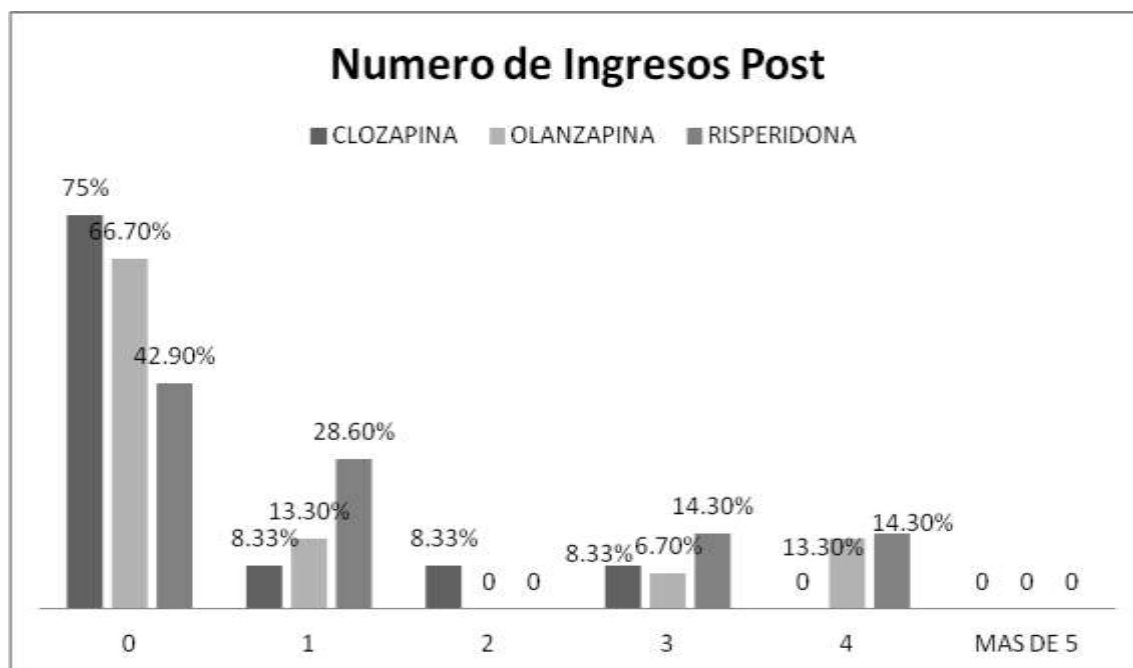


Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.

El tiempo de evolución de 1 a 5 años el mayor porcentaje 50% , 83.3% y 56.14%,de igual manera entre 1 a 5 años es el tiempo de recibido de tratamiento en 58.3 % , 53.3%,74.1% para Clozapina, Olanzapina y Risperidona respectivamente.

**Gráfica 17-18: Ingresos previo tratamiento/Ingresos post tratamiento.**

Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.

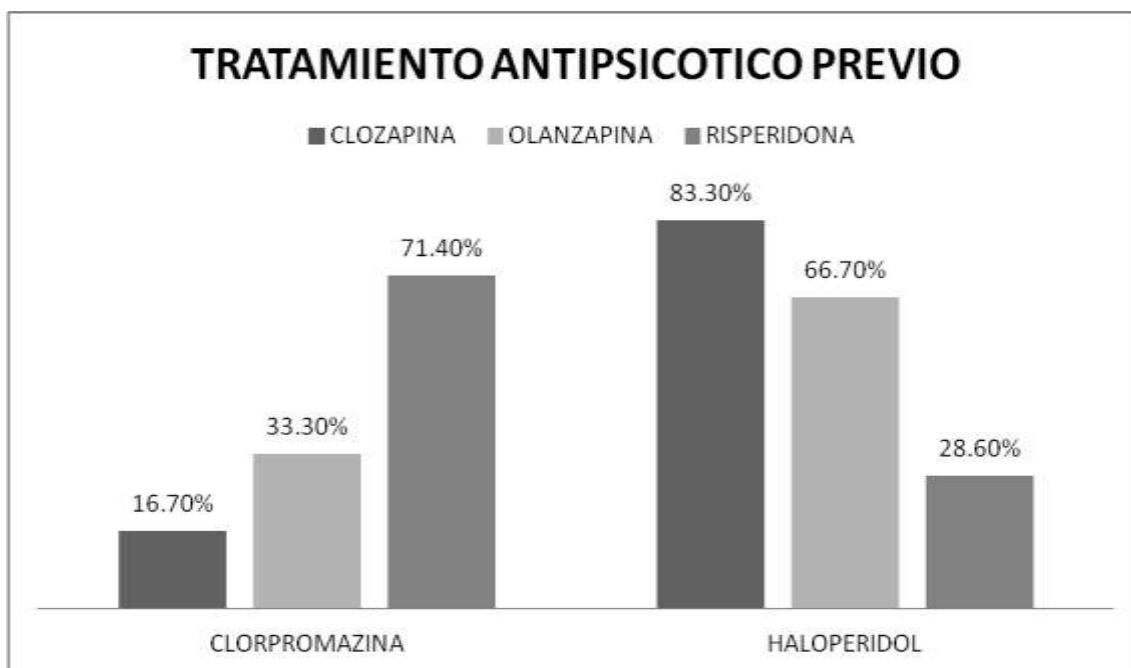


Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.

El número de ingresos previo a tratamiento varía siendo para Clozapina 3 y 4 en un 33.3%, Olanzapina 4 en un 33.3%, y Risperidona en un 57%, y posterior a tratamiento se reduce a 0 ingresos en un porcentaje de 75%, 66.7% y 42.9% para clozapina, olanzapina y risperidona respectivamente.

**Gráfica 19-20: Ingresos forzosos/ Tratamiento Antipsicótico Previo.**

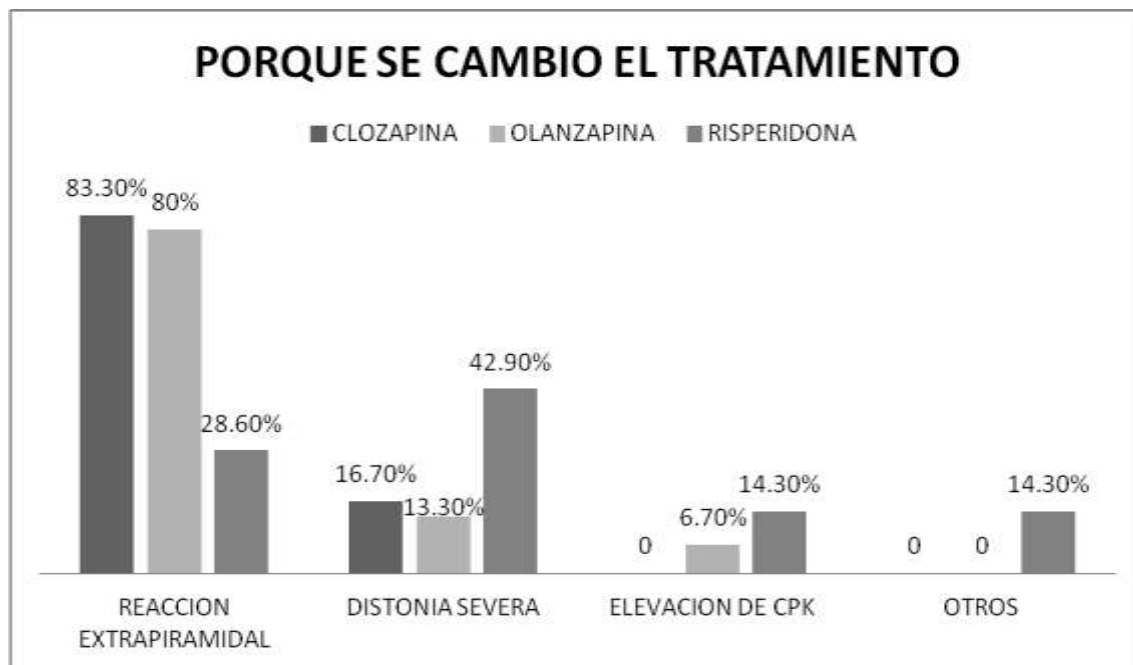
Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.



Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.

Los ingresos forzosos en un 100% previo a clozapina, 73.3% olanzapina y 71.4% risperidona; y con referencia al antipsicótico previo un 83.3% utilizó haloperidol previo a clozapina; un 66.7% haloperidol previo a olanzapina y un 71.4% clorpromazina previo a risperidona.

**Gráfica 21-22: Porque se cambió tratamiento/ Participación en terapia.**



Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes



Hoja de registro cualitativo y cuantitativo tomado de los expedientes clínicos.

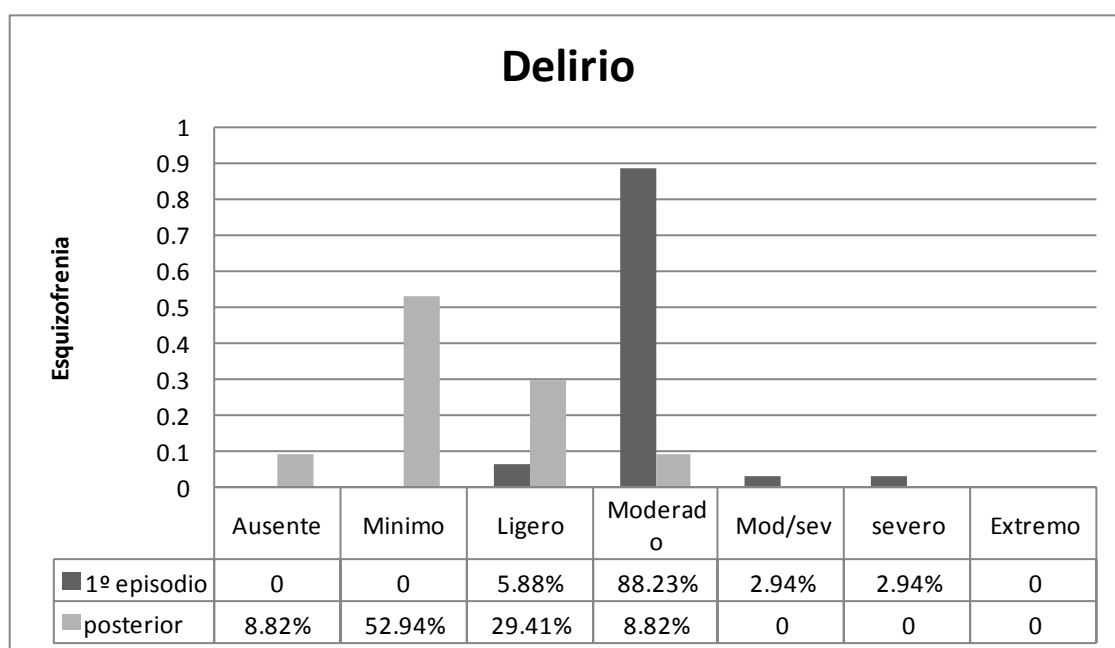
En las gráficas se puede evidenciar que un 83.3% que utilizan clozapina cambiaron de tratamiento por reacción extrapiramidal , un 80% de los de olanzapina por el mismo efecto secundario; pero un 42.9% de los que

utilizaron risperidona cambiaron por distonía severa./ El mayor porcentaje participan en algún tipo de terapia posterior al uso de Antipsicóticos Atípicos;83.3%,53.3% y 42.9% para clozapina, olanzapina y risperidona respectivamente.

## EVALUACIÓN DE ESCALA PANSS DE ESQUIZOFRENIA

### SUB ESCALA POSITIVA.

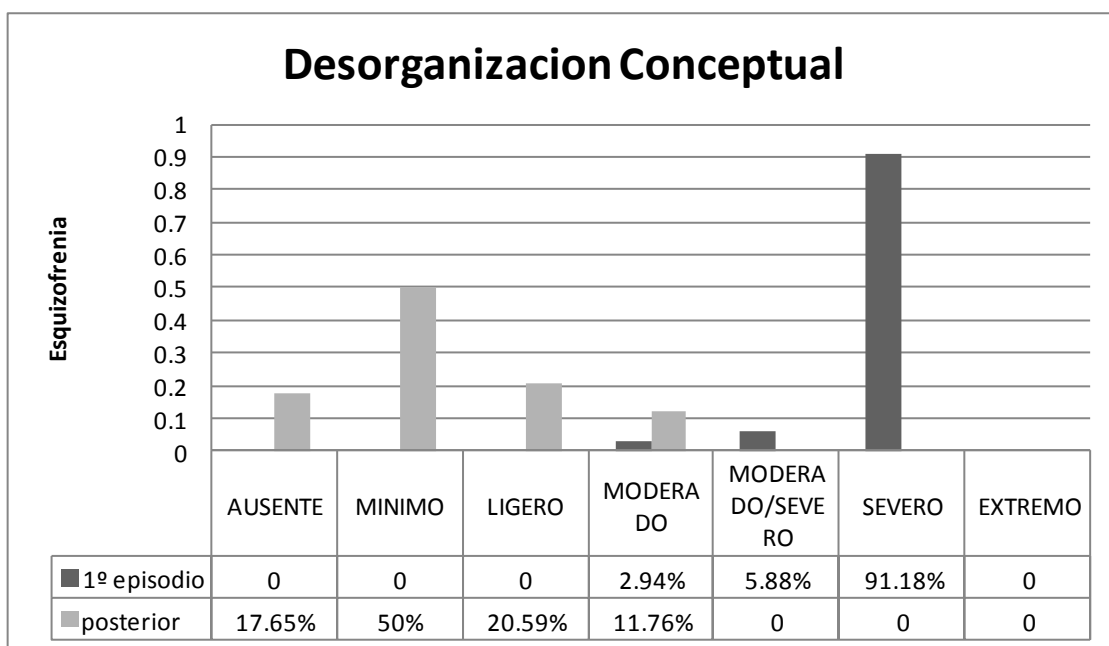
**Gráfica 23: Comparativa de Delirios en Pacientes Esquizofrénicos desde su Primer episodio de síntomas positivos y posteriores a uso de Anti psicóticos Atípicos.**



Datos de la Evaluación Escala PANSS, Sub escala Positiva.

Antes del uso de antipsicóticos Atípicos un 88.23% se encontraban en un estado moderado de Delirio y posterior a usar dicho medicamento llego a reducirse a un mínimo de 52.94%.

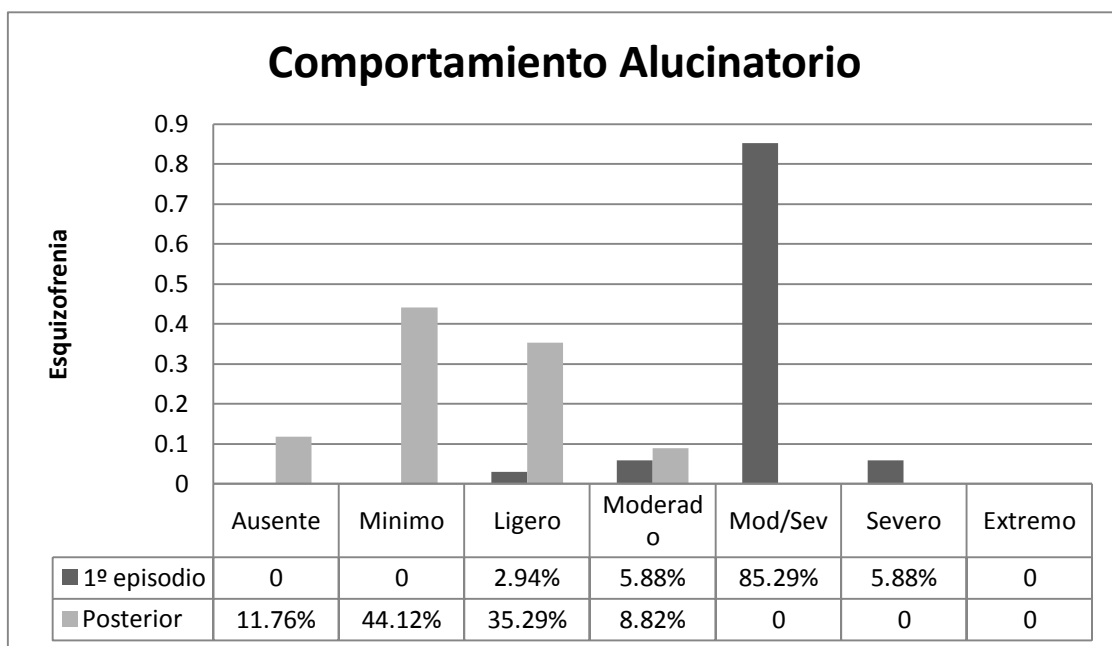
**Gráfica 24: Comparativa de Desorganización Conceptual en Pacientes Esquizofrénicos desde su Primer episodio de síntomas positivos y posteriores a uso de Antipsicóticos Atípicos.**



Datos de la Evaluación Escala PANSS, Sub escala Positiva.

La Desorganización conceptual se pudo evidenciar que un 91.18 % de los pacientes presentaron este síntoma y posterior al uso de tratamiento Atípico mejoró a un mínimo de 50 %.

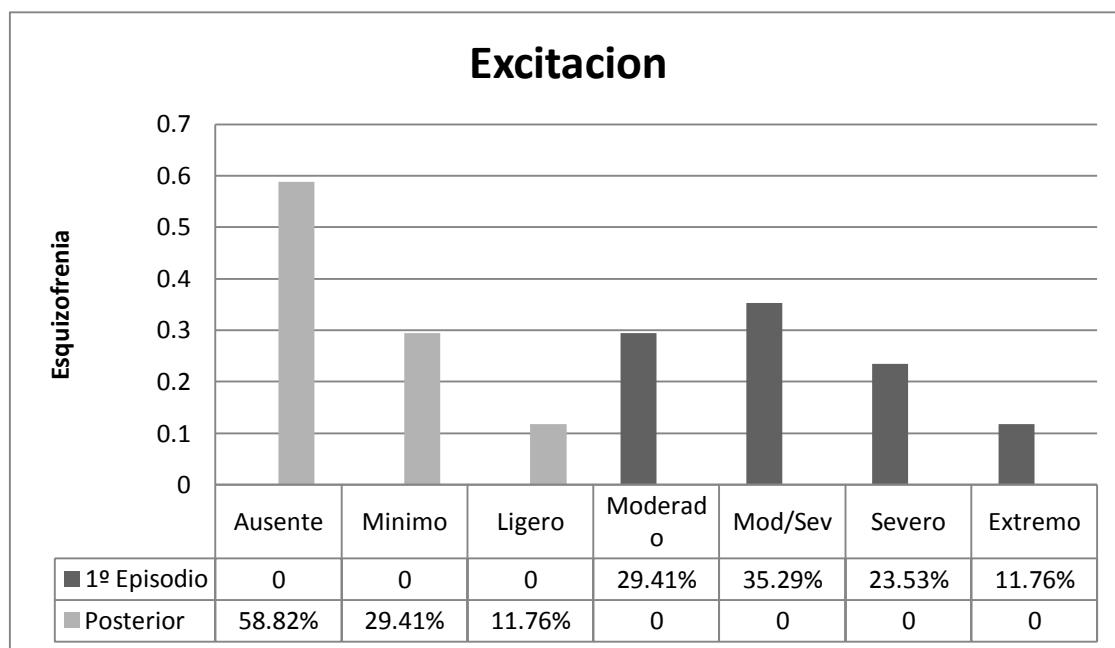
**Gráfica 25: Comparativa de Comportamiento Alucinatorio en Pacientes Esquizofrénicos desde su Primer episodio de síntomas positivos y posteriores a uso de Antipsicóticos Atípicos.**



Datos de la Evaluación Escala PANSS, Sub escala Positiva.

En referencia al ítems de Comportamiento Alucinatorio un 85.29 % se encontraban en moderado/ severo, lo cual se redujo con el uso de fármaco atípico a un 44.12% en mínimo.

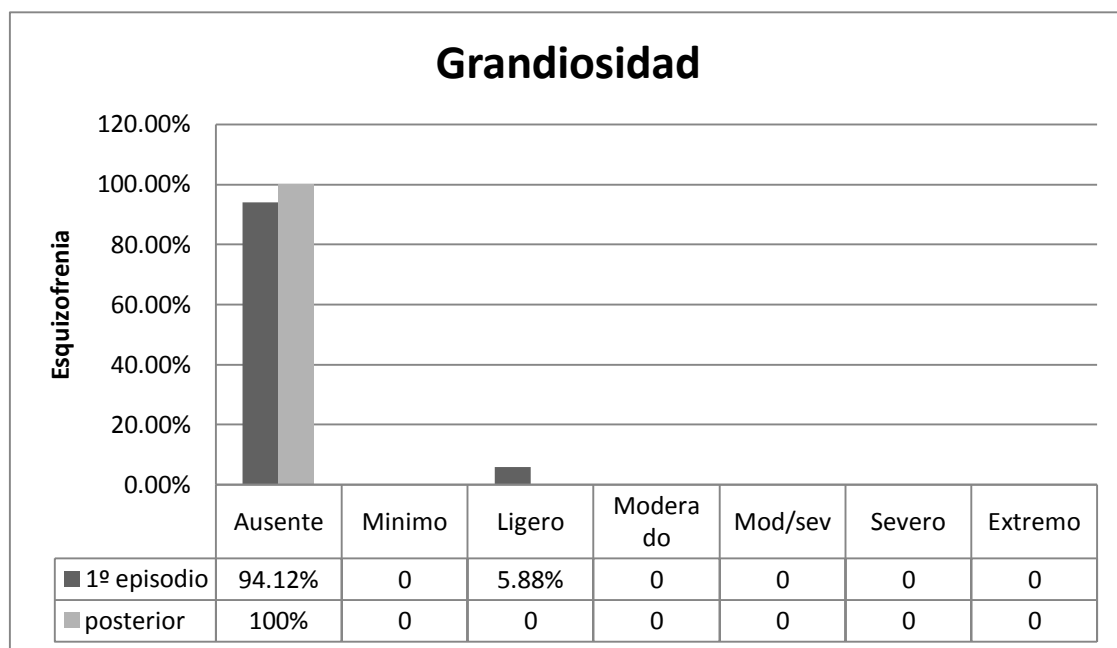
**Gráfica 26: Comparativa de Excitación en Pacientes Esquizofrénicos desde su Primer episodio de síntomas positivos y posteriores a uso de Antipsicóticos Atípicos.**



Datos de la Evaluación Escala PANSS, Sub escala Positiva.

En referencia a la Excitación, se encontró que en el valor moderado había un 29.41 % y moderado/severo un 35.29%, y con la utilización de Atípicos se llega a reducir a un valor de 58.82 % .de estas crisis.

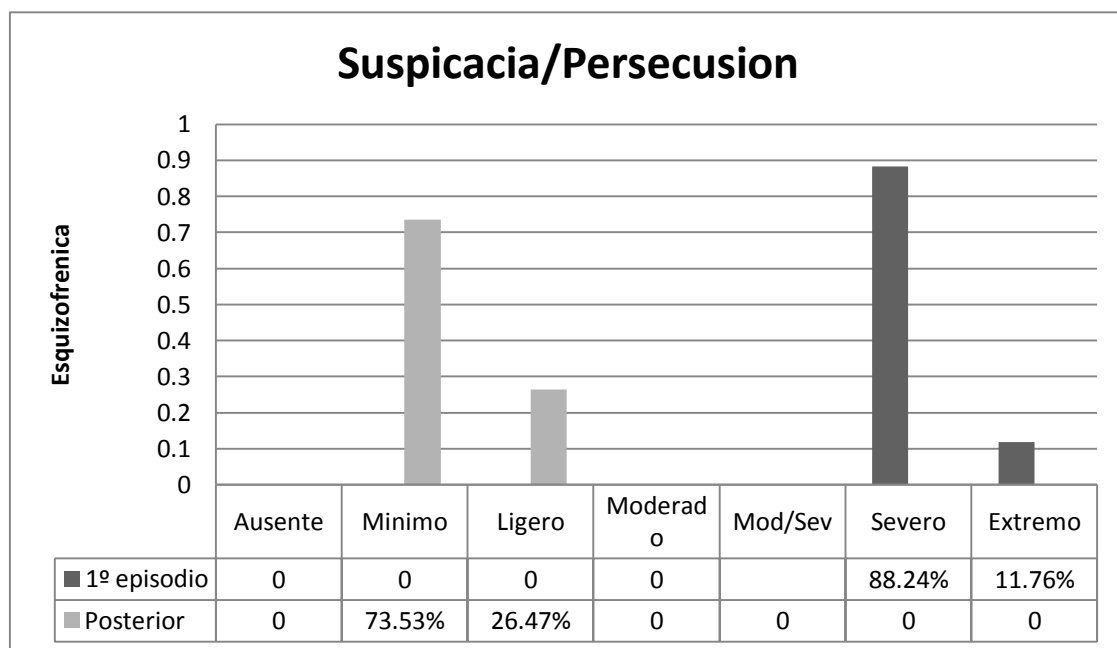
**Gráfica27: Comparativa de Grandiosidad en Pacientes Esquizofrénicos desde su Primer episodio de síntomas positivos y posterior a uso de Antipsicóticos Atípicos.**



Datos de la Evaluación Escala PANSS, Sub escala Positiva.

La Grandiosidad es un parámetro que se encontró ausente en un 94.12 % y en casos ligero en un 5.88 %; sin embargo al revisar los expedientes se comprobó que llegó a reducirse en un 100 % de los casos.

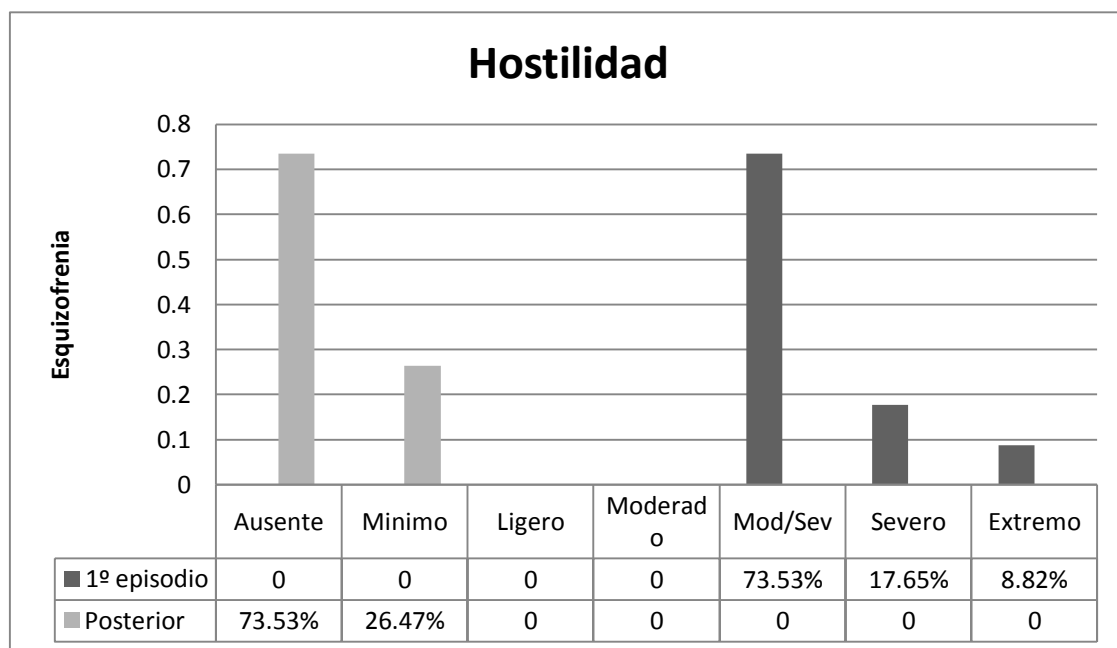
**Gráfica 28: Comparativa de Susplicacia/Persecución en Pacientes Esquizofrénicos desde su Primer episodio de síntomas positivos y posteriores a uso de Antipsicóticos Atípicos.**



Datos de la Evaluación Escala PANSS, Sub escala Positiva. Universidad Complutense de Madrid.

La Susplicacia/ Persecución es uno de los síntomas positivos más evidentes debido a que la mayoría son catalogados como esquizofrenia paranoide y un 88.24% se encuentran en severo, sin embargo posterior al uso de Atípicos se llegó a disminuir sustancialmente en un 73.53% de los casos en estudio.

**Gráfica 29: Comparativa de Hostilidad en Pacientes Esquizofrénicos desde su Primer episodio de síntomas positivos y posteriores a uso de Antipsicóticos Atípicos.**



Datos de la Evaluación Escala PANSS, Sub escala Positiva.

La Hostilidad en un 73.53% se encontró en un rango de moderado/ severo, y se disminuyó con el uso de psicofármaco a un 73.53 % ausente de este síntoma.

## VI.DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Los pacientes con diagnóstico de los diferentes tipos de esquizofrenia corresponden en porcentaje según los diferentes programas: **Olanzapina:** en un 73% paranoide, 7% indiferenciada, 7% residual y un 13% hebefrenica; los que pertenecen a **Clozapina:** 75% paranoide y 25% hebefrenica. Y los de **Risperidona:** 86% paranoide y 14% hebefrenica.

Lo cual lleva a determinar que la esquizofrenia paranoide es la más común según los datos así como se conoce en la literatura, y por lo tanto la que tiene un mejor pronóstico si se brinda tratamiento adecuado a tiempo.

**Objetivo Número 1.** Establecer factores sociodemográficos y su relación con la efectividad de los fármacos antipsicóticos en la reducción de síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia.

Según datos obtenidos con la hoja de registro cualitativos y cuantitativos de los expedientes clínicos, de la evolución de pacientes de cada programa con Antipsicóticos Atípicos; 120 pacientes, es el total y de los cuales debido a los criterios de inclusión y exclusión se redujeron a 40 pacientes con esquizofrenia y de estos únicamente cumplían los criterios para las edades entre 15 y 45 años un número de 34 pacientes del sexo masculino y femenino.

Del número total, el mayor porcentaje lo obtuvieron los del **sexo** masculino, en una proporción de 91.7% clozapina, 82.4% olanzapina y 71.4% risperidona, por tanto en el Hospital Psiquiátrico la mayoría de pacientes con este diagnóstico son hombres.

En cuanto al **familiar responsable** es la madre quien toma este rol, en un porcentaje del 83.3% clozapina, 80% olanzapina y 71.4% risperidona; lo cual es un factor sociodemográfico muy importante para su evolución ya que pertenecen a una familia con buen apoyo siendo la madre la cuidadora principal en estos casos.

**El estado civil**, se evidencia que este corresponde a solteros, siendo para clozapina 91.7%, 86.7% olanzapina y 57% risperidona; sin embargo es de tomar en cuenta que en el programa de risperidona hay un 14.3% de pacientes casados, así como en los de clozapina y olanzapina pacientes que se encuentran acompañados.

**La convivencia**; es la familia de origen la más sobresaliente con respecto a este ítems, y es de un 83.33% clozapina, 86.7% olanzapina y 57.14% para risperidona; debido a que es su principal apoyo.

**Situación laboral**, según datos obtenidos, la mayoría se encuentran en actividad parcial, correspondiente a un 75% clozapina, 93.3% olanzapina y 71.4% risperidona y en menor cantidad para los programas de clozapina se encuentran en paro por subsidio 8.3% y 14.3% incapacidad temporal para los que se encuentran con risperidona.

**La actividad laboral**; de esta tenemos que un 66.7% clozapina, 91.7% olanzapina y 57.1% risperidona realizan sus labores, y en un 20% aquellos que toman olanzapina trabajan como obreros.

**La edad de inicio de los síntomas**: En un 20% clozapina, 25% olanzapina, y 28.6% risperidona iniciaron síntomas entre las edades de 15-25 años de edad y un 80% clozapina, 75% olanzapina y 71.4% risperidona entre las edades de 26-35 años.

**Edad de primer diagnóstico**: en muchos de los casos al revisar los expedientes se revela que algunos pacientes ya han sido diagnosticados o tratados por otros médicos, y se les había realizado un diagnóstico presuntivo, según datos se verifica que entre las edades de 15-25 años, un 66.7% clozapina, 66.7% olanzapina y 57.1% para risperidona.

**El tiempo de evolución**: la mayor parte de pacientes esquizofrénicos tienen de 1 a 5 años de recibir tratamiento con antipsicóticos atípicos en un 50% clozapina, 83.3% olanzapina y 57.14% risperidona, habiendo tomado previamente a ese tiempo antipsicóticos convencionales, y al no obtener

buenos resultados y ser tratados por diferentes psiquiatras se ve la necesidad de cambiarlos a dicho fármaco.

**El tratamiento** el mayor porcentaje se encuentra en aquellos pacientes que tienen de 1 a 5 años de tomar Antipsicóticos Atípicos; 58.3% clozapina, 53.3% olanzapina, y 71.4% risperidona.

**Los ingresos previos** al uso de Antipsicóticos Atípicos para clozapina corresponden a **3 o 4** en un 33.3%, para olanzapina **4** ingresos en un 33.3% y risperidona más de **5** ingresos en un 57%. Así como mencionan estudios previos con el uso de antipsicóticos atípicos los pacientes tienen menos hospitalizaciones y mejor calidad de vida.

**Posterior al uso de antipsicóticos atípicos** mejoro considerablemente la cantidad de ingresos hasta el punto de no presentar desde entonces ningún ingreso con un porcentaje del 75% los pacientes con clozapina, un 66.7% olanzapina y 42.9% risperidona.

**De los ingresos previos** al uso de antipsicóticos atípicos según los datos recabados de la historia clínica en un 100% fueron forzosos los que actualmente utilizan clozapina, 73.3% olanzapina y 71.4% risperidona.

**Objetivo 2:** Conocer los posibles factores que influyen en la actitud hacia el tratamiento, adherencia terapéutica y calidad de vida con los Antipsicóticos Atípicos.

Los Antipsicóticos Típicos utilizados previo a ser incluidos en los programas fueron clorpromazina, y haloperidol ya que son los fármacos con los que cuenta el hospital para inicio de síntomas psicóticos, aunque en algunos casos se combinan con antipsicóticos de depósito, sin embargo únicamente se tomó en cuenta los medicamentos orales ya que el estudio va dirigido a este tipo de vía de administración; y tenemos que previo a **clozapina** un 83.3% utilizo haloperidol, **olanzapina** 66.7% también de haloperidol; pero hubo variación en cuanto a **risperidona** de la cual un 71.4% utilizaban previamente clorpromazina.

Se cambió el fármaco debido a varios factores los cuales en algunos expedientes no se encuentran completamente detallados; sin embargo los más frecuentes son para todos los antipsicóticos síntomas extrapiramidales en general y que a pesar del uso de biperideno persistían con dicho efecto, por tanto para clozapina un 83.3%, olanzapina 80% pero para cambio de risperidona se observa que en un 42.9% presentan distonía aguda.

En cuanto a la participación en algún tipo de terapia se evidencia que la mayoría **posterior a cambiar de fármaco se encuentran más funcionales**, con menos ingresos, y participan en algún tipo de terapia siendo para clozapina 83.3%, olanzapina 53.3% y para risperidona 42.9%, siendo estas de tipo recreativa, hospital de día, o en actividades del hogar que le permiten sentirse útiles en la sociedad.

**Objetivo 3.** Identificar por medio de la escala PANSS; subescala positiva, la gravedad y cambio experimentado por pacientes con esquizofrenia respecto al estado basal manejados con neurolepticos típicos versus atípicos. (1)

**Delirio:** Creencias infundadas, irreales e idiosincrásicas. En el primer episodio, habían pacientes con un nivel moderado de 88.23%, Posteriormente al uso de Antipsicóticos Atípicos, se llegó a bajar a un nivel mínimo de 52.94%, lo cual comprueba que los medicamentos Atípicos contribuyen a que los delirios de los pacientes bajen sustancialmente. (2)

**Desorganización conceptual:** Proceso desorganizado de pensamiento caracterizado por la perturbación de las secuencias orientadas hacia la consecución de objetivos, por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones vagas, inconstancias, notable falta de lógica o bloqueo del pensamiento. Se evidencia que la desorganización conceptual previo al tratamiento el 91.18 % se encontraban en un nivel severo, y posterior al uso de tratamiento antipsicótico atípico llega a una reducción de 50 % a mínimo, siendo una reducción evidente. (3)**Comportamiento Alucinatorio:** Las explicaciones verbales o la conducta indican percepciones que no han sido generadas por estímulos externos. Esto puede suceder en el ámbito auditivo, visual, olfativo o somático. En un porcentaje de 85.29% se

encontró moderado/severo en el primer episodio siendo uno de los síntomas principales del cuadro de esquizofrenia, y que posterior al tratamiento se redujo a un 44.12. % en mínimo. (4) **Excitación.** Hiperactividad, que se manifiesta a través de la aceleración de la conducta motriz, la intensificación de la capacidad de respuesta a los estímulos, actitud de alerta exagerada o excesiva inestabilidad de ánimo. Se pudo verificar que de un 29.14% moderada, 35.29 % excitación moderada-severa, y 23.53% severa; al administrarle tratamiento antipsicótico atípico llego a mejorar dicha conducta a un 58.82 % hasta ausente. (5) **Grandiosidad:** Opinión exagerada de uno mismo y convicciones ilusorias de superioridad, que incluyen delirios sobre capacidad extraordinarias, riqueza, conocimientos, fama, poder y rectitud moral. Se denota que debido a que no es un síntoma patognomónico de esquizofrenia no se evidencia una variación significativa, ya que en el 94.12% de los pacientes estaban exentos de este síntoma, sin embargo posterior al uso de medicación esta ceso en un 100%.(6) **Susplicacia/ Persecución:** Ideas irreales o exageradas de persecución, que se reflejan en actitudes cautelosas y desconfiadas, actitud exagerada de alerta y sospecha, o delirios manifiestos de que los demás pretendan hacerle daño. Debido a que la mayoría de pacientes sufren de esquizofrenia de tipo paranoide, coincide con los síntomas pertenecientes a este ítem, ya que el 88.24 % se encontraba en un grado severo, y posterior al uso de antipsicótico atípico disminuye a un grado mínimo de 73.53%, siendo uno de los síntomas positivos de esquizofrenia. (7)**Hostilidad:** Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, que incluyen sarcasmos, conducta pasiva-agresiva, insultos y violencia física. Uno de los síntomas que son más difíciles de controlar en la esquizofrenia, y que según los datos arrojados nos demuestra el efecto beneficioso ya que de un 73. 53% en moderado/severo, se reduce hasta un 73. 3% en un grado ausente posterior al uso de los fármacos atípicos.

## VII.CONCLUSIONES:

1. Se pudo establecer que factores sociodemográficos demuestran que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia al ser tratados con Antipsicóticos Atípicos reducen los síntomas positivos, los cuales los llevaron en la mayoría de casos a consultar o en otros a ser ingresados en múltiples ocasiones siendo necesario en un gran porcentaje a utilizar la fuerza.
2. La familia es el principal pilar para continuar su tratamiento, lo cual concuerda con el hecho que la mayoría conviven con su familia de origen, siendo en el mayor de los casos la madre la cuidadora principal.
3. Se comprueba por medio de proporciones que la efectividad de los Antipsicóticos Atípicos sobre los convencionales les brinda a los pacientes con esquizofrenia una mejor calidad de vida, así como menos ingresos hospitalarios, y evitan poner en riesgo la vida de ellos mismos y de otras personas ya que mejoran marcadamente la hostilidad, excitación y agresividad.
4. Entre los factores encontrados en relación a la actitud del paciente con el tratamiento, adherencia y calidad de vida son: Que al principio todos los pacientes utilizaron antipsicóticos típicos, sin lograr una adecuada respuesta y por el contrario presentaron algún efecto secundario que los llevo al rechazo del medicamento hasta que finalmente se cambia el fármaco a un Atípico y desde entonces según porcentajes hay una marcada diferencia en cuanto su funcionabilidad tanto para ellos mismos como para su familia y la comunidad.
5. Al utilizar la subescala positiva PANSS para esquizofrenia se puede evidenciar que los síntomas como Delirio, Desorganización conceptual, Conducta Alucinatoria, Excitación, Grandiosidad, Susplicacia, y Hostilidad; siendo los principales síntomas por los que los pacientes consultaron en un inicio se vieron drásticamente disminuidos o suprimidos con el uso de Antipsicóticos Atípicos.

## VIII. RECOMENDACIONES:

1. Ministerio de Salud Pública: Que provea de mayor cantidad de Antipsicóticos Atípicos, los cuales son necesarios para tratar patologías como esquizofrenia, ya que muchos pacientes no toleran otro tipo de fármaco y tendrían una mejor calidad de vida.
2. Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”: Realizar las gestiones pertinentes para solicitar la compra de más Antipsicóticos Atípicos y de esa forma reducir costos de hospitalización y recaída de los pacientes con esquizofrenia.
3. Comité encargado de incorporar a los pacientes a los diferentes programas de Antipsicóticos Atípicos: Dar a conocer la cantidad de pacientes que se encuentran en lista de espera para ser incorporados a los diferentes programas, y poder realizar un cálculo de cuantos nuevos cupos pueden ser asignados.
4. Psiquiatras tratantes: Realizar las evaluaciones pertinentes para determinar si los pacientes pueden utilizar Antipsicóticos Atípicos; y para los pacientes ya incorporados estar atento a trastornos endocrinos como diabetes e hiperprolactinemia, factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión y la dislipidemia, efectos colaterales de los medicamentos y a factores del estilo de vida, como el tabaquismo.
5. Médicos Residentes: Una vez que se ha establecido el diagnóstico, se le debe dar información a los familiares y cuidadores respecto de la enfermedad, su etiología, su curso, su tratamiento y los recursos disponibles, incluyendo información respecto de grupos de autoayuda.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia D'Avaluación de Tecnología Recerca Mediques "Guía de Práctica Clínica para la Atención al Paciente Ambulatorio con Esquizofrenia, Barcelona, España 2003.
2. American Psychiatric Association "Practice Guideline for the Treatment of Patients whit Schizophrenia", Second Edition, 2004.
3. Bagnall AM, Jones L, Ginelly L, Lewis R, Glanville J, Gilbody S, "A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia", Health Technology Assessment (HTA), 2003, Vol 7, N° 13.
4. Clinical Evidence Mental Health", Issue 8, 2002, BMI Publishing Group, London, United Kingdom.
5. Frangou, S. Murria R, Schizofrenia. ja Edición Londres, 1996.
6. Freedman, Schizophrenia, N engl J. Med, 2003, 349, 1738-1749.
7. Goldner E, Hsu L, Waraich P, Somers J, "Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature", Canadian Journal of Psychiatry, 2002; 47: 833-843.
8. Gutiérrez Suela, F. TRATAMIENTO ACTUAL CON ANTIPSIKÓTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA. Servicio de Farmacia. Osagra Cor. Serveis de Salute Mental. Martorell. *Farm Hosp* 1998; 22 (4): 2007.
9. J Clin, "Treatment of Schizophrenia", Expert Consensus Guidelines Series, Psychiatry 1999, Vol 60, (Suppl 11).
10. Jerez S, "Otras Psicosis", en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000.
11. Lehman A, Steinwachs D, "At issue: Translating Research into Practice: The Schizophrenia Patients Outcome Research (PORT) Treatment Recommendations", Schizophrenia Bulletin 1998; 24(1): 1-
12. Ministerio de Salud "Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas afectadas de Esquizofrenia", Santiago, Chile, 2000.

13. Ministerio de Salud, "Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los establecimientos que las proporcionan", Santiago, Chile, 2000.
14. Miller AL, Chiles JA, Chiles JK, Crismon ML, Rush AJ, Shon SP, "The Texas Medication Algorithm Project (TMAP) Schizophrenia Algorithms", J Cline Psychiatry 1999; 60: 649-57.
15. National Institute for Clinical Excellence (NICE) , "Full Guidance on the use of Newer (Atypical) Antipsychotic Drugs for the Treatment of Schizophrenia", Technology Appraisal Guidance N° 43, London, England, 2002.
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), "Psychosocial Interventions for the Management of Schizophrenia. A national Clinical Guideline", Sign Publication N° 30, Edinburgh, Scotland, 1998.
17. Silva H, "Esquizofrenia", en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000.

**ANEXOS**

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **HOJA REGISTROS**

##### **ESTUDIO CUALITATIVO ANTIPSICÓTICOS**

###### **DATOS CUANTITATIVOS**

###### **1. DATOS GENERALES**

FECHA.....

HISTORIA.....

APELLIDOS.....NOMBRE.....

FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD.....

FAMILIAR (Informante).....

ESTADO CIVIL.....

CONVIVENCIA

.....Sólo

.....Familia Origen

.....Familia Propia

.....Institución

.....Otra:

SITUACIÓN LABORAL

.....Activo

.....Activo parcial complementaria

.....Paro con subsidio autónomo

.....Incapacidad temporal

.....Invalidez permanente

.....Minusvalía

.....Jubilación

ACTIVIDAD LABORAL

.....Sus labores

.....Ama de casa y actividad

.....Profesión liberal, empresario

.....Funcionario, empleado

..... Directivo

..... Especialista cualificado

.....Obrero

.....Estudiante

PSIQUIATRA RESPONSABLE.....

ENTREVISTADOR.....

###### **2. DIAGNÓSTICO**

DIAGNÓSTICO DSM-IV.....

.....

.....

EDAD INICIO DE SÍNTOMAS.....

EDAD PRIMER DIAGNÓSTICO.....

TIEMPO DE EVOLUCIÓN.....

FORMA DE EVOLUCIÓN (utilizar criterios DSM-IV).....

.....

.....

**3. TRATAMIENTO**

TIEMPO QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO (en años y meses).....

Nº DE INGRESOS.....ALGUNO FORZOSO.....

Nº DE PSIQUIATRAS QUE LE HAN TRATADO.....

DUDAS EN LA CUMPLIMENTACIÓN

NO.....

SÍ.....POR QUÉ.....

**TRATAMIENTO ACTUAL**

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

**TRATAMIENTOS ANTIPSICÓTICOS RECIBIDOS (preparado, dosis, tiempo de administración, Respuesta)**

Preparado Dosis Tiempo Respuesta (Total, Parcial, Nula)

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

REQUIERE TRATAMIENTO ANTICOLINÉRGICO NO.....SÍ.....

OTROS TRATAMIENTOS NO ANTIPSICÓTICOS

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

**ABANDONOS ESPONTÁNEOS DE LA MEDICACIÓN**

NO.....

SÍ.....POR QUÉ.....

**HA PARTICIPADO EN TERAPIAS DE REHABILITACIÓN, HABILIDADES SOCIALES**

NO.....

SÍ (Especificar).....

**ACTITUD EN LA ENTREVISTA**

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

## ANEXO 2

### FICHA EVOLUCION

#### PERSONAS EN TRATAMIENTO POR PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA

Nombre \_\_\_\_\_

#### Evaluación Escala PANSS inicial

Fecha \_\_\_\_\_

#### *SUBESCALA POSITIVA*

P1 Delirios.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

**P2 DESORGANIZACION CONCEPTUAL..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7**

P3 Comportamiento alucinatorio... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P4 Excitación.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P5 Grandiosidad.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P6 Susplicacia / persecución.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P7 Hostilidad.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

#### Evaluación Escala PANSS a los 6 meses de tratamiento

..

Fecha \_\_\_\_\_

#### *SUBESCALA POSITIVA*

P1 Delirios.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

**P2 DESORGANIZACION CONCEPTUAL..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7**

P3 Comportamiento alucinatorio... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P4 Excitación.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P5 Grandiosidad.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P6 Susplicacia / persecución.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P7 Hostilidad.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

**INSTRUCCIONES:** CIRCULE EL PUNTAJE DE CADA ITEM SIGUIENDO LA LINEA DE LA ENTREVISTA CLINICA ESPECÍFICA. CONSULTE EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA DEFINICION DE LOS ITEMES, LA DESCRIPCION DE PUNTOS DE ANCLAJE Y ASIGNACION DE PUNTAJE

1 = AUSENTE,

2 = MINIMO,

3 = LIGERO,

4 = MODERADO,

5 = MODERADO – SEVERO,

6 = SEVERO,

7 = EXTREMO

**ANEXO 3.**

**PACIENTES DEL PROGRAMA DE CLOZAPINA**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ESQUIZOFRENIA</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
<b>TRASTORNO MENTAL ORGANICO</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
<b>TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>TRASTORNO BIPOLAR</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>			<b>29</b>

**PACIENTES DEL PROGRAMA DE OLANZAPINA**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ESQUIZOFRENIA</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>17</b>
<b>TRASTORNO MENTAL ORGANICO</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>15</b>
<b>TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>TRASTORNO BIPOLAR</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>TRASTORNO DELIRANTE ORGANICO</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

<b>TRASTORNO ORGANICO DE LA PERSONALIDAD</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>TRASTORNO AFECTIVO ORGANICO</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>RETRASO MENTAL</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>			<b>53</b>

**PACIENTES DEL PROGRAMA RISPERIDONA**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ESQUIZOFRENIA</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
<b>TRASTORNO MENTAL ORGANICO</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>
<b>TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>TRASTORNO BIPOLAR</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

<b>TRASTORNO AFECTIVO ORGANICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>ENFERMEDAD ALZHAIMER</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>			<b>38</b>

**ANEXO 4: RESULTADOS DE LA ESCALA PANSS, SUBESCALA  
POSITIVA DE ESQUIZOFRENIA.**

<b>DELIRIO</b>	<b>1º Episodio de Esquizofrenia</b>		<b>Posterior a Tratamiento</b>	
	<b>Nro</b>	<b>%</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
<b>Severidad de la enfermedad</b>				
<b>AUSENTE</b>	0	0	3	8.82%
<b>MINIMO</b>	0	0	18	52.94%
<b>LIGERO</b>	2	5.88%	10	29.41%
<b>MODERADO</b>	30	88.23%	3	8.82%
<b>MODERADO/SEVERO</b>	1	2.94%	0	0
<b>SEVERO</b>	1	2.94%	0	0

<b>EXTREMO</b>	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	34	100%	34	100%

<b>DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>1º Episodio de Esquizofrenia</b>		<b>Posterior a Tratamiento</b>	
	<b>Nro</b>	<b>%</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
<b>Severidad de la enfermedad</b>				
<b>AUSENTE</b>	0	0	6	17.65%
<b>MINIMO</b>	0	0	17	50%
<b>LIGERO</b>	0	0	7	20.59%
<b>MODERADO</b>	1	2.94%	4	11.76%
<b>MODERADO/SEVERO</b>	2	5.88%	0	0
<b>SEVERO</b>	31	91.18%	0	0
<b>EXTREMO</b>	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	34	100%	34	100%

<b>Comportamiento Alucinatorio</b>	<b>1º Episodio de Esquizofrenia</b>		<b>Posterior a Tratamiento</b>	
	<b>Nro</b>	<b>%</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
<b>Severidad de la enfermedad</b>				
<b>AUSENTE</b>	0	0	4	11.76%
<b>MINIMO</b>	0	0	15	44.12%

<b>LIGERO</b>	1	2.94%	12	35.29%
<b>MODERADO</b>	2	5.88%	3	8.82%
<b>MODERADO/SEVERO</b>	29	85.29%	0	0
<b>SEVERO</b>	2	5.88%	0	0
<b>EXTREMO</b>	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	34	100%	34	100%

<b>Excitación</b>	<b>1º Episodio de Esquizofrenia</b>		<b>Posterior a Tratamiento</b>	
	<b>Nro</b>	<b>%</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
<b>Severidad de la enfermedad</b>				
<b>AUSENTE</b>	0	0	20	58.82%
<b>MINIMO</b>	0	0	10	29.41%
<b>LIGERO</b>	0	0	4	11.76%
<b>MODERADO</b>	10	29.41%	0	0
<b>MODERADO/SEVERO</b>	12	35.29%	0	0
<b>SEVERO</b>	8	23.53%	0	0
<b>EXTREMO</b>	4	11.76%	0	0
<b>TOTAL</b>	34	100%	34	100%

<b>Grandiosidad</b>	<b>1º Episodio de Esquizofrenia</b>	<b>Posterior a Tratamiento</b>
---------------------	-------------------------------------	--------------------------------

<b>Severidad de la enfermedad</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
<b>AUSENTE</b>	32	94.12%	34	100%
<b>MINIMO</b>	0	0	0	0
<b>LIGERO</b>	2	5.88%	0	0
<b>MODERADO</b>	0	0	0	0
<b>MODERADO/SEVERO</b>	0	0	0	0
<b>SEVERO</b>	0	0	0	0
<b>EXTREMO</b>	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	34	100%	34	100%

<b>Suspicion/persecución</b>	<b>1º Episodio de Esquizofrenia</b>		<b>Posterior a Tratamiento</b>	
<b>Severidad de la enfermedad</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
<b>AUSENTE</b>	0	0	0	0
<b>MINIMO</b>	0	0	25	73.53%
<b>LIGERO</b>	0	0	9	26.47%
<b>MODERADO</b>	0	0	0	0
<b>MODERADO/SEVERO</b>	0	0	0	0
<b>SEVERO</b>	30	88.24%	0	0

<b>EXTREMO</b>	4	11.76%	0	0
<b>TOTAL</b>	34	100%	34	100%

<b>Hostilidad</b>	<b>1º Episodio de Esquizofrenia</b>		<b>Posterior a Tratamiento</b>	
	<b>Nro</b>	<b>%</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
<b>Severidad de la enfermedad</b>				
<b>AUSENTE</b>	0	0	25	73.53%
<b>MINIMO</b>	0	0	9	26.47%
<b>LIGERO</b>	0	0	0	0
<b>MODERADO</b>	0	0	0	0
<b>MODERADO/SEVERO</b>	25	73.53%	0	0
<b>SEVERO</b>	6	17.65%	0	0
<b>EXTREMO</b>	3	8.82%	0	0
<b>TOTAL</b>	34	100%	34	100%