

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**

**UNAN LEON**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS**

**SERVICIOS FARMACEUTICOS**



**CARRERA DE FARMACIA**

**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADA (O)  
QUIMICO FARMACEUTICO**

**TEMA:**

**“TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO EN  
PACIENTES PSICOTICOS HOSPITALIZADOS EN EL HEODRA Y  
AMBULATORIOS QUE ACUDEN AL CAPS, DE LA CIUDAD DE LEON, EN  
EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A MARZO DEL AÑO 2005.”**

**AUTORES:**

**BR. SUSANA PATRICIA TELLEZ PARAJON**

**BR. ALVARO ANTONIO RIZO ZAMORA**

**TUTOR:**

**LIC. ROSARIO MENDIETA DE MEDINA**

**ASESOR:**

**LIC. VERNON MONTENEGRO**

**LEON, MARZO, 2006**

## ÍNDICE

Dedicatoria(s).....	Pág. 2
Agradecimientos.....	Pág. 4
Introducción.....	Pág. 7
Antecedentes.....	Pág. 9
Justificación.....	Pág. 11
Objetivos.....	Pág. 12
Marco Teórico.....	Pág. 13
Diseño Metodológico.....	Pág. 63
Resultados y análisis de resultados.....	Pág. 69
Conclusiones.....	Pág. 79
Recomendaciones.....	Pág. 80
Bibliografía.....	Pág. 81
Anexos.....	Pág. 82

### DEDICATORIA

- A Dios, mi padre Rey celestial, por darme fortaleza, entendimiento, sabiduría y valor suficiente para vencer todos los obstáculos que se me presentaron en el transcurso de este trabajo investigativo y de toda mi trayectoria universitaria.
- A mi Virgen morena de Guadalupe, por ser mi madre, señora, y guía, a quien siempre encontré cada vez que la necesité.
- A mi bella Madre, Señora Socorro Parajón, quien con su amor inmenso, siendo mi Dios en la tierra, me ha brindado en todos los momentos su cariño, enseñanzas y consejos sabios, los cuales me permitieron concluir con mi carrera.

*Susana Patricia T. Parajón*

## **DEDICATORIA**

- A Dios, por haberme dado la fuerza y fortaleza durante todos estos años para poder concluir mis estudios, por ser la luz que ilumina el sendero de mi vida y por haber hecho realidad mi sueño.
- A mis padres: Maria Antonieta Zamora Cruz y Álvaro Gabriel Rizo López por haberme brindado su apoyo y por estar siempre a mi lado de una forma incondicional.
- A mis hermanos: Silgeans, Susana y Allan que de una u otra forma me han apoyado a culminar mis estudios.
- Al Dr. Caldera por el apoyo que nos brindó para la realización de este estudio monográfico.

***Álvaro Rizo Zamora***

### **AGRADECIMIENTO**

- A Dios, padre precioso quien siempre me ha dado luz y sabiduría para culminar satisfactoriamente cada etapa de mi vida.
- A mi Madre y abogada, que esta en el cielo, mi Virgencita de Guadalupe, quien con sus bendiciones he logrado alcanzar todas las metas propuestas venciendo todos los obstáculos.
- A mi Dios en la tierra, mi gran Señora Socorro Parajon, por ser el apoyo incondicional en todos los proyectos emprendidos, porque todo lo que soy y se hasta hoy se lo debo a ella, sin colaboración no hubiese podido realizar ningún tipo de trabajo, menos esta investigación monográfica.
- A todas aquellas personas que nos ayudaron y nos apoyaron en todo el transcurso de este trabajo de investigación, a nuestra tutora Lic: Rosario Mendieta, quien nos permite el éxito de nuestro trabajo investigativo, y, en especial al Lic. Vernon Montenegro, por brindarnos parte de su tiempo y ser nuestro tutor asistencial.

***Susana Patricia T. Parajón***

### **AGRADECIMIENTO**

- A Dios nuestro señor por iluminarnos y guiarnos con sabiduría y fortaleza en cada instante de nuestras vidas y permitirnos culminar nuestra carrera.
- A mis padres por todo el amor y apoyo incondicional que me han brindado.
- A nuestra tutora Lic: Rosario Mendieta por haber compartido con nosotros sus conocimientos y por brindarnos su colaboración, orientación y confianza para la realización de este estudio.
- Al Dr. Caldera por su dedicación y abnegación a este trabajo monográfico ya que siempre estuvo dispuesto ayudarnos.
- A todas las personas que han participado de una u otra forma en la realización de este trabajo monográfico ya que siempre estaban dispuestas a ayudarnos.

***Álvaro Rizo Zamora***

**COLABORADORES:**

o Dr. Félix Picado, Director del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello "HEODRA", quien con su debida autorización nos permitió tener acceso a los expedientes de los pacientes en estudio, y así poder realizar y alcanzar nuestros objetivos.

o Dr. Caldera, Director del Centro de Atención Psicosocial "CAPS", ya que gracias a su ayuda se logró revisar los expedientes de los pacientes que acuden a consulta a este centro.

o Lic. Vernon Paccelly Montenegro, Lic. Químico Farmacéutico, nuestro tutor asistencial, quien nos exigió a trabajar exhaustivamente hasta obtener excelentes resultados.

o A los pacientes que depositaron en nosotros su confianza y nos permitieron llevar a cabo la realización del presente estudio.

## **INTRODUCCION:**

Se denomina paciente psicótico a todo aquel individuo que presenta características propias de trastornos mentales, con incidencia psiquiátrica; cuyos factores de riesgo principales son: predisposiciones genéticas y agresores precoces del desarrollo. Los cuales facilitan a que el individuo sano se distraiga con facilidad mostrando un déficit relativo de la velocidad perceptiva motora, de la capacidad para variar la atención y de la habilidad para filtrar los estímulos de fondo, afectando el procesamiento cognoscitivo.

Este conjunto de alteraciones psicológicas, neurológicas, y de comportamiento que afectan al individuo, está actualmente recibiendo tratamiento eficaz para estas patologías u otros estados de agitación; reciben medicamentos capaces de afectar los diferentes sistemas de integración del cerebro, como son los Antipsicóticos, denominados en Europa: *Neurolépticos*.

Los Antipsicóticos son la clave del tratamiento agudo y de mantenimiento de la mayoría de los trastornos psicóticos (él mas conocido es la Esquizofrenia), teniendo eficacia en la corrección de las alucinaciones, las ideas delirantes y los trastornos del pensamiento de cualquier etiología en alrededor del 70% de los pacientes que sufren episodios de la enfermedad.

El tratamiento farmacológico en pacientes psicóticos depende de todo el perfil de efectos secundarios, antecedentes del paciente, costo del tratamiento o de los antecedentes personales o familiares.



En si, la farmacoterapia antipsicótica es insuficiente, y varia según el estado del paciente, si presenta crisis aguda (paciente hospitalizado), o si recibe tratamiento de mantenimiento (paciente ambulatorio), por lo que intervenciones psicoeducativas dirigidas a las familias y comunidad serian necesarias para mantener la estabilidad y optimizar la adherencia el tratamiento farmacológico así como también, facilitar el rendimiento ocupacional, los sistemas de bienestar y atención médica primaria; para brindar información sobre el manejo de los pacientes con trastornos psicóticos de forma más humana.

Realizando este estudio mediante Evaluación del tratamiento farmacológico y no farmacológico que se emplea en pacientes hospitalizados en el HEODRA y en pacientes ambulatorios controlados en el CAPS, revisando expedientes de cada paciente, con la hoja del perfil fármaco terapéutico del HEODRA y la hoja de prescripciones realizadas en el CAPS, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005; con el fin de comparar el uso racional de los medicamentos neurolépticos (antipsicóticos) en pacientes hospitalizados y ambulatorios, tomando en cuenta sus características socio-demográficas y los fármacos utilizados; Valorando la utilización de monoterapias y/o combinación de los fármacos antipsicóticos.

### **ANTECEDENTES :**

Los trastornos psicóticos son trastornos psiquiátricos mentales que interfieren en el comportamiento "normal" del individuo. Representa un conjunto de patologías las cuales con el paso del tiempo, los científicos han realizado diversos estudios para determinar los medicamentos indicados para este tipo de problema de salud mental.

Para determinar los fármacos a utilizar en estas patologías, se investigaron primeramente a las patologías, iniciando con Esquizofrenia.

Posteriormente a su investigación y clasificación, se aprovecharon del origen de las drogas prototípicas para aplicarlas en pacientes con estas patologías, realizarles ensayos clínicos, y demostrar su eficacia en ellos.

El origen del tratamiento farmacológico en pacientes psicóticos es un poco extenso, ya que cada droga de psiquiatría tiene su propia historia, y esta ha venido evolucionando desde la década de 1950 con la introducción de las drogas prototípicas y psicotrópicas.

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 al nivel de recaídas.

Ocasionando un impacto en la psiquiatría de modo especial en el tratamiento de la Esquizofrenia, disminuyendo la cantidad de pacientes que requerirían hospitalización en instituciones mentales, de manera notable, desplazándose el pensamiento psiquiátrico a una base más biológica; desarrollando el uso continuo de estos medicamentos de manera responsable, en el ejercicio y teoría psiquiátrica, efecto que se puede llamar, de manera legítima, revolucionario, y que está experimentando innovación sostenida.

La farmacoterapia utilizada por el campo de psiquiatría de Nicaragua se apoya bibliográficamente en estudios realizados en otros países. Los cuales constan de drogas adecuadas para mantener y controlar los diferentes estados de agitación y crisis característicos en pacientes psicóticos, ya que sólo gracias a los tratamientos farmacológicos se ha logrado abrir posibilidades de rehabilitación y de una vuelta rápida al entorno social.

A pesar de encontrar en las calles de León a pacientes con características propias de algún trastorno psicótico, de las cuales ciertos, presentan cuadros mayores que requieren de hospitalización, y, de la relevante importancia que tienen los fármacos antipsicóticos, no se han realizado estudios que enfatizan información farmacológica sobre estos medicamentos; Lo que indica que este estudio es el primero en evaluar la farmacoterapia empleada en el HEODRA y el CAPS.

### **JUSTIFICACIÓN:**

Ante la problemática que representan los pacientes con trastornos psicóticos de la ciudad de León, ya sean los hospitalizados y/o ambulatorios, y la falta de estudios para sistematizar información acerca de estas patologías en el grupo de pacientes con problemas psiquiátricos, han sido motivo de la realización del presente estudio, siendo de interés Evaluar en el "Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales" (HEODRA) y en el "Centro de Atención Psicosocial" (CAPS) el tratamiento farmacológico y no farmacológico empleado en pacientes con trastornos psicóticos, de tal forma, se incremente la información con respecto al tema, se apoye al sistema de salud, a profesionales y estudiantes que se relacionan con las ciencias de la salud mental, e instar a futuros profesionales a conocer con mayor profundidad sobre este tipo de problema que Sensibiliza a la población que no logran superar las afrontaciones de la vida real voluntariamente. Tomando en cuenta también, el conocer los medicamentos de mayor eficacia, conveniencia, y seguridad, más utilizados por prescriptores médicos especialistas (psiquiatras) en la ciudad de León, y factores que inciden al origen de trastornos mentales en el individuo.

**OBJETIVO GENERAL:**

- ✓ Evaluar el tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Identificar los trastornos psicóticos de mayor prevalencia en los pacientes de estudio.
- ✓ Describir los factores que influyen en los índices de trastornos psicóticos.
- ✓ Señalar el grupo etáreo y el sexo de los pacientes en estudio con mayor incidencia de presentar trastornos psicóticos.
- ✓ Identificar los fármacos Antipsicóticos más utilizados en el HEODRA y en el CAPS.
- ✓ Valorar la terapia no farmacológica empleada en pacientes con trastornos psicóticos.
- ✓ Valorar la utilización de monoterapia y combinación de fármacos en pacientes psicóticos.
- ✓ Analizar la relación diagnóstico-tratamiento de los pacientes de acuerdo a los expedientes clínicos.

## MARCO TEÓRICO

Clásicamente se consideran psicosis todo el trastorno mental mayor de origen orgánico o emocional en el cual la capacidad de la persona para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicarse, interpretar la realidad y comportarse apropiadamente, está tan alterada que interfiere con la capacidad de enfrentar las demandas cotidianas de la vida.

Debe sospecharse ante el uso de palabras, ideas o comportamientos inusuales o cuando el contenido afectivo no concuerda con el comportamiento. También son propias de la psicosis, las ideas delirantes y las alucinaciones (usualmente auditivas).

La psicosis en el DSM-III-R fue definida como "una alteración marcada en el juicio de realidad y en la creación de nueva realidad".

El trastorno que por excelencia representa el concepto de psicosis es la Esquizofrenia. Sin embargo, desde comienzos de siglo se ha reconocido la presencia de otras entidades diagnósticas que cursan con trastornos del contenido del pensamiento sin cumplir los criterios propios de la esquizofrenia.

Los alemanes a mediados de siglo identificaron una serie de cuadros clínicos similares a la esquizofrenia (esquizofreniformes, esquizomorfos, esquizopsicosis) que no cursaban con el deterioro de la aquella. Para ellos era preciso distinguir entre la esquizofrenia hereditaria, los cursos esquizoides y las pseudo esquizofrenias exógenas.

Los franceses, por un camino muy diferente, diferencian las esquizofrenias paranoides crónicas de las enfermedades delirantes crónicas de estructura parafrénica (que se mueven entre el mundo real y el mundo delirado) y paranoide (con delusiones estructuradas y poco bizarras) y de las enfermedades delirantes agudas como la psicosis aguda esquizomorfa (bouffée delirante) (Colodrón, 1983)

Las observaciones de Bonhoeffer y de Bleuler señalan curaciones sin defecto de los cuadros esquizofrénicos típicos, que obligan a aceptar la presentación de entidades mixtas (psicótico - afectivas) como parte de un espectro entre esquizofrenia y trastornos afectivos o a considerar éstas formas atípicas como categorías independientes de tales trastornos como lo propusieron Schroeder y Kleist.

Éste último desarrollo el concepto de psicosis marginales o autónomas, las cuales dividió en grupos y subgrupos con su correspondiente sustrato cerebral patológico, pero basado en el método anatomoclínico de su maestro Wernicke. Por otro lado, Leonhard intentó fundamentar en criterios heredo biológicos la autonomía de las que el llamó psicosis bipolares o cicloides (psicosis de la motilidad, confusionales y de angustia-felicidad), Leonhard también describe otros cuadros clínicos como la catatonía periódica. Clasificándose este tipo de psicosis marginales como formas esquizoafectivas (Colodrón, 1983).

La efectividad de los antipsicóticos se asociaba inicialmente con la capacidad para producir efectos adversos a nivel del SNC (rigidez), por lo que inicialmente fueron llamados neurolépticos (Flügel, 1953) Pero Brooks en 1956 sugirió que los efectos terapéuticos no dependían de la disfunción extrapiramidal. Hoy en día, la aparición de nuevos antipsicóticos llamados atípicos precisamente por carecer de tales efectos, ha demostrado la irrelevancia de tal apelativo.

En 1999 fueron publicadas las guías recomendadas por un consenso de 57 expertos en el manejo farmacológico de la esquizofrenia, 62 expertos en el manejo psicosocial y 185 expertos en aspectos relacionados con administración, finanzas y políticas. Estas están organizadas de tal manera que las recomendaciones pueden ser consultadas según el tipo de paciente y la fase del tratamiento en la cual se encuentra.

Actualmente, se logra identificar como trastornos psicóticos:

Esquizofrenia (s)

Trastorno esquizoafectivo

Trastorno Esquizofreniforme

Trastornos delirantes

Trastornos delirantes de tipo somático

Trastorno psicótico breve

Trastorno psicótico compartido ("folie à deux")

Trastornos mentales orgánicos

Psicosis afectivas puerperales

Psicosis secundaria a una afección médica o al consumo de sustancias.

Cuya terapéutica empleada consiste en un grupo de medicamentos Antipsicóticos:

CLASIFICACION QUÍMICA DE FARMACOS ANTIPSICOTICOS NEUROLÉPTICOS O TRANQUILIZANTES MAYORES:

A. Atípicos de última generación:

Amperozida

Olanzapina

Aripiprazol

Quetiapina

Clozapina

Risperidona

Melperon

Ziprasidona

B. Fenotiazinas típica:

Con acciones sedativas

Acepromazina

Proclorperazina

Butilpiperazina

Promazina

Ciamepromazina

Prometazina

Clorpromazina

Properciazina

Dixirazina

Propiomazina

Flufenazina

Tioproperazina

Levomepreomazina

Tioridazina

Mesoridazina



C. Tioxantenos típicos:

Cloroprotixeno

Flupentixol

Tiotixeno

Zuclopentixol

D. Butirofenonas

Con potentes acciones Antipsicóticas

Haloperidol

Droperidol

Bromperidol (Bromodol)

Trifluoperazina (Stelazine) en cuadros crónicos

E. Derivado benzisoxazol

Risperidona

Iprasadone

Los atípicos de última generación:

-No han superado en eficacia a los más antiguos

-Poseen un perfil diferente de efectos adversos

-Su costo es mayor

## **ESQUIZOFRENIA:**

### **Definición:**

La esquizofrenia es un trastorno psicótico crónico que afecta el funcionamiento afectivo, intelectual y comportamental, y se caracteriza por aislamiento, excentricidad, disminución del cuidado personal, afecto embotado, lenguaje vago o metafórico, pensamiento mágico, pérdida de la capacidad asociativa (trastorno del pensamiento), conducta extraña, retraimiento social, pasividad continuada, alucinaciones, convicciones delirantes, incoherencia, mutismo, obediencia automática, negativismo, deterioro del aspecto, respuestas emocionales pobres, variabilidad. Es la suma de varias enfermedades referidas como "las esquizofrenias".

### **Etiopatogenia:**

Etiología aún poco conocida, hay interacción de predisposición genética con influencias medioambientales normales o extraordinarias; no se establece como un trastorno del neurodesarrollo o un trastorno neuropatológico; mas bien, como un trastorno influenciado por muchos genes que se expresa usualmente en la adolescencia.

### **Heredabilidad:**

La esquizofrenia es familiar. Hay mayor riesgo en familias de esquizofrénicos que para la población general. Entre hermanos de 8.7-11.5%, para los hijos de un padre (madre) esquizofrénico, 7% a 16.6%. Para los hijos de dos padres esquizofrénicos 46%, padres de un esquizofrénico, 5% a 6%; parientes de primer grado, 9% y parientes de segundo grado, 2-4%.

Un hijo de madre esquizofrénica adoptado por adultos sin la enfermedad, tiene un alto riesgo de desarrollarla, pero un hijo de padres normales que sea adoptado por esquizofrénicos no presenta tal elevación en el riesgo.

Hallazgos anatómicos:

Anormalidades en el área prefrontal, amígdala, hipocampo, giro parahipocámpico y corteza temporal con pérdida celular, mal alineamiento de las células, disminución en el número y tamaño neuronales.

Alteraciones de vías neuronales (desequilibrio de neurotransmisores):

Desde el punto de vista fisiopatológico, la esquizofrenia es un incremento generalizado de la actividad dopaminérgica, un trastorno caracterizado por un relativo incremento de la actividad dopaminérgica en el putamen y otras regiones subcorticales (aumento de receptores D2 y de su sensibilidad), lleva a los síntomas positivos delirante-alucinatorios (neuronas A10) y una relativa disminución de la actividad dopaminérgica en regiones corticales prefrontales (desde el área tegmental ventral del mesencéfalo al cortex prefrontal dorsolateral y lóbulo temporal anteromedial del hemisferio dominante) responsable de los síntomas negativos (neuronas A10 carentes de autoreceptores). Se reducen los niveles plasmáticos de tiroxina (precursor de la dopamina), disminuye la tasa de flujo de tiroxina al SNC.

Las neuronas A9 constituyen las vías nigroestriatales responsables de los efectos extrapiramidales de los antipsicóticos clásicos.

Hipótesis sobre la automedicación:

La 1ª. Y más general sugiere que las drogas psicoestimulantes reduzcan los síntomas negativos, los trastornos cognitivos, la pobre autoestima y los efectos extrapiramidales producidos por los antipsicóticos; Efectos producidos por el incremento de la transmisión dopaminérgica de las vías mesocorticales y nigroestriatales. En contraste, la 2da. y más específica hipótesis sugiere una relación entre los efectos farmacológicos de las sustancias y el tipo de síntomas manifestados por los sujetos esquizofrénicos.

Las vías serotoninérgicas (5-HT<sub>2</sub> y 5-HT<sub>3</sub>) que van desde núcleos del rafe medio hasta la corteza frontal y temporal, amígdala, hipotálamo, tálamo, ganglios basales, cerebelo y médula también presentan alteraciones, de tal manera que los efectos inhibitorios sobre la dopamina se ven comprometidos. El déficit serotoninérgico se ha asociado a la disfunción cognitiva y a las alteraciones del neurodesarrollo.

Otras alteraciones (déficits neurocognitivos)

Se pueden presentar trastornos del sueño con aumento de la latencia y despertares frecuentes, disminución del sueño. Alta prevalencia de trastornos en la marcha, palmas húmedas, taquicardia moderada y presión sistólica levemente por encima de lo normal, reflejos primitivos de búsqueda, discriminación derecha-izquierda pobre, trastorno en la habilidad para realizar movimientos rápidos alternantes, parpadean frecuente (que disminuye a medida que mejora el trastorno) y movimientos oculares rápidos anormales para el seguimiento continuo de un objeto en movimiento sin mover la cabeza.

Los pacientes no focalizan ni sostienen la atención y son fácilmente distraíbles por estímulos externos e internos, la memoria episódica es más pobres.

Su capacidad de generar e implementar planes o de solucionar problemas está alterada. La cognición anormal es ahora reconocida como la característica central de estos pacientes.

#### **Epidemiología:**

Inicio antes de los 45 años 75% entre los 15-25 años y 30% antes de los 18 años. Las edades pico de aparición suelen ser de 15-25 años en hombres, entre 25-35 años en las mujeres, incluso con un segundo pico de aparición entre los 45-79 años (posiblemente debido a los efectos antidopaminérgicos de los estrógenos)

La enfermedad inicia con síntomas negativos en un 70%, 2 a 6 años preadmisión a un centro psiquiátrico, y los positivos, 2 años antes; ambos se acumulan exponencialmente.

Se presenta en niños, entre los 5 y 6 años de edad de manera poco común y se caracteriza porque los delirios y alucinaciones (principalmente visuales) son menos elaborados. La aparición temprana se asocia a mayor trastorno psicosocial y peor pronóstico y la tardía a síntomas depresivos y autonómicos y delirios paranoides, pero menor cantidad de síntomas negativos y desorganizados.

Prevalencia:

0.85-1.5% (de 600 mil a 2 millones de casos anuales nuevos en el mundo) (Regier, 1988) A lo largo de la vida de 1.4% sin diferencias entre los sexos, con picos de mayor prevalencia en individuos entre los 30 - 37 años (2.3%) y en mayores de 61 años (2.9%), lo cual no se correlaciona adecuadamente con estudios internacionales previos.

Mayor presentación en áreas urbanas e industrializadas; los individuos con esquizofrenia en países en vías de desarrollo tienen un curso más agudo y una mejor recuperación que aquellos de naciones industrializadas, posiblemente por una menor presentación de "emociones expresadas" en sus familias y una mayor tendencia a la somatización.

Más común en grupos socioeconómicos pobres, el 33 a 50% de los individuos sin hogar tienen diagnóstico de esquizofrenia y cerca del 25% de todas las camas hospitalarias están ocupadas por esquizofrénicos.

La mayor parte de los esquizofrénicos no logran alcanzar un nivel profesional elevado ni tampoco llegan a tener experiencia laboral debido a que cambian frecuentemente de trabajo, porque renuncian o porque los despiden debido a un bajo rendimiento.

Esto hace que, con frecuencia, dependan económicamente de sus familiares y que cuando sus padres fallecen, pasan a depender de las instituciones del estado.

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.

La expectativa de vida de individuos con esquizofrenia es más corta que la de la población general (10 años menor), por factores como el alto riesgo suicida (10% lo cometen principalmente en los primeros 10 años de la enfermedad y en hombres con el tipo paranoide), mayor incidencia de actos violentos (12.7% de pacientes)

Otro factor social que influye en los índices es la migración de la gente, que hace que ésta se reubique en otras culturas a las que no están acostumbrados generándose gran cantidad de estrés que puede conducir a la aparición de los síntomas de la enfermedad.

La esquizofrenia está considerada entre una de las 10 enfermedades que produce mayor grado de discapacidad. Los costos de la enfermedad son cercanos a US\$20.000/año/paciente siendo las hospitalizaciones el principal generador del gasto total.

Finalmente, cabe decir que la familia del esquizofrénico en algunos casos, se caracteriza por un alto grado de emociones expresadas: desilusión, hostilidad, preocupación extrema, y sobre compromiso emocional, con una comunicación ineficaz. Esto podría ser más una consecuencia que una causa de esquizofrenia.

**Clasificación de Crow según síntomas:**

TIPO I: SINTOMAS POSITIVOS

Alucinaciones severas dominan el cuadro clínico

Delirios (persecutorios)

Alteración del pensamiento

Conductas desorganizadas

TIPO II: SINTOMAS NEGATIVOS:

Afecto amortiguado

Abolición - apatía

Deterioro de la atención

**CORRELACIONES CLÍNICAS Y NEUROPATOLÓGICAS DE LA ESQUIZOFRENIA TIPO I Y II.**

TIPOS	I ( Positivo)	II (Negativo))
Historia familiar	Sociopatía	Psicosis mayores
Estado premórbido	Labilidad afectiva, Ansiedad	Empobrecimiento afectivo, déficit cognitivo.
Daño cerebral	Dopamina Alta	Daño neuronal irreversible
Comienzo	Agudo	Crónico tardío
Respuesta a los neurolépticos	BUENA	REGULAR o MALA

**CARACTERÍSTICAS:**

Tipo I: caracterizada por síntomas positivos, ausencia de deterioro intelectual, estructura encefálica normal y buena respuesta a los neurolepticos.

Tipo II: caracterizada por síntomas negativos, sobresalientes, deterioro intelectual, ventrículos cerebrales, agrandados y mala respuesta a los neurolepticos.

**Clasificación según características:**

**Catatónico:**

Marcado disturbio psicomotor, mutismo, rigidez, obediencia automática, catalepsia (tendencia a sostener determinadas posiciones) y flexibilidad cerea (el sujeto se puede colocar en cualquier posición permaneciendo en ella por largo tiempo), agitación, conducta violenta sin propósito alguno. La esquizofrenia catatónica no es un diagnóstico clínicamente significativo.

**Desorganizado:**

De inicio temprano y mal pronóstico. Se caracteriza por habla desorganizada, y comportamiento desorganizado; adicionalmente, ideas delirantes pobres y fragmentarias, apariencia descuidada, desinhibición sexual, apetito aumentado. Se asocia a personalidad pobre e inicio temprano.

**Paranoide:**

Forma típica, la más diagnosticada. Con ideas delirantes prominentes o alucinaciones auditivas en un contexto de relativa conservación del funcionamiento cognitivo y afectivo. Los delirios persecutorios, de grandiosidad; Pueden ser múltiples, u organizadas en torno a un tema coherente. Las alucinaciones están relacionadas con el contenido delirante. Los temas persecutorios pueden predisponer al individuo al suicidio, y la combinación de ideas persecutorias y de grandiosidad, a la violencia. Presenta mayor respuesta al tratamiento y una edad tardía de aparición.



**Diagnostico y curso:**

El inicio del trastorno suele ser con cambios comportamentales y alteraciones en todas las áreas funcionales (personal, social y ocupacional), aunque en ocasiones aparece súbitamente. Este período puede durar semanas o años antes del inicio del primer episodio agudo, generalmente por la presencia de un evento desencadenante.

Kurt Schneider dividió los síntomas principales en dos categorías:

Primera categoría: Experiencias delirantes que incluyen la audición de pensamientos propios en voz alta, voces que hablan del paciente (alucinaciones) o que comentan sus actos; Vivencias de pasividad (acciones o sensaciones corporales impuestas desde afuera); imposición, supresión o transmisión del pensamiento; percepción delirante y atribución de una significado especial a las percepciones propias de forma delirante.

Actualmente dichos síntomas, antes considerados patognomónicos, son considerados como no específicos y se han asociado con anomalías en el lóbulo temporal izquierdo pero conservan su valor cuando ante la duda diagnóstica, puede permitir cierto grado de certeza. Representan los signos positivos.

Segunda categoría: perplejidad, trastornos del afecto, disminución en las respuestas emocionales (indiferencia, apatía, superficialidad emocional), respuestas inapropiadas o incongruentes, y mayor sensibilidad a eventos traumáticos o estresantes; y el juicio, aislamiento, trastornos perceptivos, ideas delirantes... representan los signos negativos.

El Diagnóstico diferencial debe establecerse con Trastornos psicóticos debidos a condición médica general, delirium o demencia, trastornos psicóticos inducidos por sustancias, trastornos afectivos con rasgos psicóticos, trastorno esquizoafectivo, trastornos del afecto con rasgos catatónicos, trastorno bipolar, trastorno Esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno delirante, trastornos profundos del desarrollo (autismo), trastornos de personalidad esquizotípica, esquizoide o paranoide y trastornos de la infancia como el déficit de atención / hiperactividad y trastornos de comunicación.

**Pronóstico:**

El pronóstico de la esquizofrenia es relativamente bueno en inicio agudo con factores precipitantes, buena historia social y laboral.

Aparición en edades tardías, síntomas de depresión, paciente casado(a), historia familiar de trastornos afectivos, y uso de estimulantes como precipitante de la enfermedad.

Por otro lado, el pronóstico es malo en inicio insidioso sin factores precipitantes, pobre historia social y laboral, edad de aparición temprana, y ausencia de síntomas afectivos. Este pronóstico se aprecia en un tercio de los pacientes, requiriendo hospitalización crónica un 10% de ellos.

Los pacientes con mayor número de episodios y menor tiempo de tratamiento con antipsicóticos tienen menor probabilidad de remisión completa que aquellos con menor número de episodios psicóticos y tratamiento antipsicótico de más de 1 año de duración.

**TRATAMIENTO:**

Hoy hay evidencia científica de que la combinación de tratamiento farmacológico y psicosocial en la esquizofrenia mejora el pronóstico y el nivel de funcionamiento del paciente.

El tratamiento farmacológico debe acompañarse de otro tipo de intervenciones como la psicoterapia grupal y familiar y métodos de entrenamiento de habilidades sociales por rehabilitación vocacional (terapia ocupacional), rehabilitación cognitiva; debido a que el tratamiento con antipsicóticos no conduce a la mejoría de los síntomas neurocognitivos (los cuales son independientes de la sintomatología) y del desempeño social, interpersonal y de actividades de la vida diaria o incluso pueden agravarlos inicialmente.

El tratamiento de la esquizofrenia 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, mejorando la calidad de vida del paciente 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 rehospitalizaciones, duración de los internamientos y disminución de la dependencia a otras personas para poder funcionar.

El mejor tratamiento para la esquizofrenia es la administración de medicamentos antipsicóticos bajo la supervisión de un psiquiatra, ya que la enfermedad se relaciona con un desequilibrio bioquímico. Estos medicamentos reducen las alucinaciones, los delirios y los pensamientos revueltos, pero muy pocos tratan adecuadamente el aislamiento social y la apatía característica de la esquizofrenia.

Como ocurre con todos los medicamentos, las medicinas antipsicóticas tienen efectos secundarios. Algunos desaparecen con el tiempo, como sequedad en la boca, vértigo, somnolencia y estreñimiento.

Muchos de estos efectos secundarios pueden atenuarse o evitarse cuando se los reporta al psiquiatra. No se debe dejar de tomar los medicamentos de golpe, aumentar las dosis o tomar otros medicamentos al mismo tiempo sin consultar con el médico. Dichos cambios podrían causar una recaída u otros problemas serios.

Los medicamentos se recetan a través de la etapa de remisión de la enfermedad para prevenir una recaída. A pesar de que una recaída puede ocurrir aún cuando se están tomando los medicamentos, éstos mismos brindan la mejor protección contra una recaída en el futuro.

La psicoterapia y otras terapias de apoyo abordan las respuestas emocionales y prácticas a estas enfermedades y típicamente se recomiendan paralelamente la medicación. Ayudan a los pacientes a comprender sus emociones y hacer frente a sus problemas con más confianza y en una forma más sana. La terapia de grupo le permite a los pacientes aprender a actuar socialmente y obtener apoyo emocional en tiempos difíciles al mismo tiempo que ellos le brindan apoyo a los demás.

La terapia ocupacional ayuda a los pacientes a volver a realizar sus tareas diarias y rutinas, que podrían haberse visto impedidas debido a la enfermedad mental. La terapia de actividades se concentra en los problemas a través de actividades recreativas y de grupo.

La medicación produce respuestas significativamente mejores y menos rehospitalizaciones en comparación a otros tipos de tratamiento. La suspensión del antipsicótico conduce a una descompensación psicótica al cabo de 1 año en las dos terceras partes de los pacientes.

A continuación se presentan las guías recomendadas para el manejo farmacológico de la esquizofrenia:

\*Guía 1 (tratamiento inicial): antipsicótico atípico como primera alternativa (con síntomas positivos predominantes asociados o no a síntomas negativos)

\*Guía 2 (inadecuada respuesta al tratamiento antipsicótico inicial): Incrementar las dosis o cambiar a otro atípico. Se recomienda el uso de Clozapina.

\*Guía 3A y 3B (estrategias para reducir el abuso de sustancias y la no-adherencia al tratamiento): Mantenimiento de las mismas dosis del antipsicótico atípico, en caso de no-adherencia, escoger el antipsicótico con mejor perfil de eventos adversos más la educación a la familia y al paciente.

\*Guía 4 (Elección de medicación en situaciones especiales): En caso de agresión y violencia, Clozapina o un antipsicótico convencional de alta potencia (asociados a Valproato sí es necesario) En insomnio Olanzapina (asociada o no a benzodiazepinas, Trazodona, Difenhidramina o Hidroxicina); En comportamiento suicida, Olanzapina u otro atípico; en abuso de sustancias, atípicos; en problemas cognitivos, Risperidona u Olanzapina; en consumo compulsivo de agua, Clozapina.

\*Guía 5 (selección de medicamentos para prevenir la aparición de eventos adversos): Para prevenir sedación, Risperidona o Ziprasidona; ganancia de peso, Risperidona o Ziprasidona; efectos extrapiramidales, Clozapina, Quetiapina, Olanzapina o Ziprasidona; alteraciones cognitivas, con cualquier atípico; efectos anticolinérgicos con Risperidona o Ziprasidona. Los efectos sexuales con Quetiapina, Olanzapina, Ziprasidona o Clozapina; los efectos cardiovasculares con Risperidona u Olanzapina.

\*Guía 6 (la fase de mantenimiento): La duración de terapia antipsicótica de 12 a 24 meses para pacientes con un primer episodio. Dosis de mantenimiento recomendada, la misma que se utilizó en el control del episodio agudo.

Las terapias intermitentes no son recomendadas. En caso de depresión postpsicótica se recomienda educar al paciente, rehabilitarlo y darle un soporte a través del contacto con otros pacientes.

\*Guía 7A y 7B (dosis recomendadas): En la fase de mantenimiento para los antipsicóticos más prescritos: Haloperidol (5-10 mg/día), Flufenazina (5-10), Tioridazina (300), Olanzapina (10-20), Quetiapina (300-400), Risperidona (4-6), Ziprasidona (80-120) y Clozapina (400).

\*Guía 8A y 8B (recomendaciones de cambio a otro antipsicótico): Algunas condiciones que obligan al cambio gradual son: historia de violencia o agresión, historia de riesgo suicida, cursos severos de la enfermedad, dosis elevadas del antipsicótico previo y cambio de un antipsicótico a Clozapina.

El cambio puede hacerse en forma súbita (deteniendo el anterior antipsicótico e iniciando el nuevo a dosis plenas al día siguiente) o en forma gradual (disminuyendo paulatinamente las dosis del anterior antipsicótico e iniciando con dosis graduales o plenas del nuevo) Con el método súbito se reduce el riesgo de error en la dosificación y en los efectos adversos. Sin embargo, los métodos de reducción gradual disminuyen el riesgo de recurrencia o síntomas de discontinuación. El cambio de Clozapina a otro antipsicótico debe ser siempre gradual.

\*Guía 9A y 9B (servicios hospitalarios y transicionales): la hospitalización está indicada en aquellos pacientes que representan un riesgo de lesión a otros, que tiene un riesgo suicida, que tengan una severa desorganización, con síntomas psicóticos agudos o un riesgo de lesión accidental. La misma debe durar 1 a 2 semanas como mínimo. Una vez sea dado de alta, el paciente debe tener una primera cita no más allá de la primera semana.

\*Guía 10A, 10B, 10C y 10D (servicios ambulatorios): Las citas con el médico y otros profesionales de la salud deben ser la base del tratamiento para pacientes con un promedio de 1 a 5 contactos semanales inicialmente y 1 a 4 contactos por mes posteriormente.

Este tipo de paciente puede vivir independientemente o con su familia y el soporte incluye el monitoreo de sus síntomas, la asistencia en la obtención de la medicación, la educación para él y su familia, asistencia para la obtención de recursos y servicios y una terapia individual orientada al soporte.

\*Guía 11 (trabajo con la familia): Para pacientes hospitalizados se debe procurar un contacto estrecho con la familia con el fin de obtener más datos de la historia del paciente, coordinar los recursos financieros y locativos que van a ser necesarios e iniciar la psicoeducación.

En pacientes ambulatorios la familia debe ser referida a un grupo de apoyo y se pueden organizar sesiones familiares enfocadas en la resolución de problemas.

\*Guía 12 (evaluación psicosocial y planeación): La alianza terapéutica es indispensable antes de implementar servicios de tipo psicosocial. La implementación requiere colaborar con el paciente y la familia para identificar objetivos y planes de trabajo, asegurar la continuidad de la asistencia clínica y evitar múltiples cambios a la vez.

\*Guía 13 (diagnóstico diferencial): Antes de hacer un diagnóstico de esquizofrenia es necesario descartar la presencia de otros diagnósticos que cursan con sintomatología psicótica.

\*Guía 14A, 14B y 14C (evaluación médica): Los exámenes de laboratorio recomendados son: tamizaje de drogas, química sanguínea, hematología y urianálisis (también pueden solicitarse un test de embarazo, EKG, TAC o RM, electroencefalograma, evaluación neuropsicología y evaluación psicológica general) Para pacientes en fase de mantenimiento es necesario obtener el peso y la talla, medir la presión arterial y hacer controles hemáticos regulares.

En todos los pacientes con esquizofrenia los expertos consideran que es necesario descartar obesidad, comportamiento de riesgo para HIV, consumo de cigarrillo, hipertensión, diabetes y problemas cardiovasculares.

\*Guía 15A y 15B (determinando el tipo de cuidado que el paciente requiere): Para pacientes con episodios agudos, una hospitalización breve (1 día a 3 semanas) es lo recomendable. En pacientes muy inestables, una hospitalización intermedia (3 a 8 semanas) y en pacientes inestables con síntomas refractarios, largas hospitalizaciones de más de 8 semanas.

\*Guía 16 (medidas de logros): el funcionamiento en actividades de la vida diaria, vocación y relación familiar, la percepción de calidad de vida del paciente, los aspectos de seguridad y la satisfacción del paciente y la familia con los servicios de salud mental.

### **TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS**

#### **Definición:**

El término "orgánico" significa que el síndrome clasificado como tal puede ser atribuido a un trastorno o enfermedad cerebral orgánico o sistémico diagnosticable en sí mismo. El término "sintomático" se utiliza para los trastornos mentales orgánicos en los cuales la afectación cerebral es secundaria a un trastorno o enfermedad sistémica extracerebral. Son un conjunto de signos y síntomas psíquicos y comportamentales (síndrome mental orgánico)



**Etiología:**

Demostrable, se refiere a una disfunción transitoria o permanente del cerebro. Esta disfunción puede ser primaria o secundaria.

En el primer caso se trataría de enfermedades, lesiones o daños que afectan al cerebro de un modo directo o selectivo. En el segundo, enfermedades y trastornos que afectando a diversos órganos o sistemas tienen una consecuencia disfuncional del cerebro. La mayoría de los trastornos mentales orgánicos pueden comenzar a cualquier edad, excepto quizás durante la primera infancia.

En la práctica, la mayoría de estos trastornos tienden a empezar en la edad adulta. Algunos de estos trastornos son aparentemente irreversibles y progresivos y otros son transitorios o responden a tratamientos específicos.

**Clasificación:**

En el DSM-IV los trastornos antes llamados "trastornos mentales orgánicos" se han agrupado en tres secciones:

Delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos.

Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica.

Trastornos por consumo de sustancias.

Si observamos las distintas clasificaciones DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) vemos los siguientes cambios al nivel terminológico:

DSM-I (1952): Síndrome cerebral orgánico

DSM-II (1968): Síndromes orgánicos cerebrales

DSM-III (1987): Trastornos y síndromes mentales orgánicos.

DSM-IV (1994): Demencia, delirium y síndrome amnésico.

**Diagnostico:**

Para el diagnóstico de los trastornos de esta sección se requiere, en la mayoría de los casos, hacer uso de dos códigos: uno para el síndrome psicopatológico y otro para el trastorno subyacente.

**TRASTORNO DELIRANTE**

**Definición:**

Desarrollo súbito o gradual de delirios (delusiones) sistematizadas, relacionadas con acontecimientos posibles que el paciente interpreta erróneamente y que perduran en el tiempo de al menos 1 mes de duración, sin alucinaciones o trastorno ideó verbal, con respuesta emocional congruente y apropiada con el contenido del delirio.

Existen varios criterios para referirse a las delusiones: Subjetividad, incorregibilidad, e imposibilidad realística.

**Etiología:**

Inicia en forma gradual o aguda en edades medias o tardías de la vida, aunque puede presentarse en jóvenes, sin evento desencadenante confirmable. El tipo persecutorio es el más común. El curso es variable, con recaídas; sólo un 3-22% se clasificarán posteriormente como esquizofrénicos y un 6% como afectivos. Existe carencia de transmisión genética.

En los hombres especialmente, parece haber historia de abuso de sustancias o trauma craneano. Los factores desencadenantes incluyen la sordera, ceguera, aislamiento social, la inmigración reciente y la edad avanzada.

**Etiopatogenia:**

Patogénesis del trastorno: un defecto cognitivo que trastorna la capacidad del paciente para sacar conclusiones válidas de la evidencia (trastorno del razonamiento), y procesos cognitivos intactos, pero con los delirios explicando experiencias anormales.

**Epidemiología:**

Los trastornos delirantes suelen presentarse en mayores de 20 años de edad y menores de 90 años (40 años en promedio), sin diferencia en cuanto a proporción en mujeres y hombres (rango masculino / femenino = 0.85)

**Prevalencia:**

0.03%. Hasta 1 a 2 % de los pacientes hospitalizados. A pesar del tratamiento, hasta el 30-50% de los pacientes puede cronificarse. La prevalencia puede ser mayor, toda vez que muchos pacientes no se consideran enfermos mentales como para ver a un psiquiatra.

**Clasificación:**

Delirios primarios, y delirios secundarios que corresponderían a aquellos debidos a alteraciones del afecto (depresión psicótica, manía) o de la personalidad. Actualmente la subdivisión entre delirios primarios y secundarios es poco acogida por la dificultad para su definición y por la vaguedad del concepto de trastornos funcionales (delirios secundarios) vs. Trastornos orgánicos (delirios primarios)

**Diagnóstico diferencial:**

Con : Delirium, demencia (delirios simples y de tipo persecutorio con alteraciones cognitivas y de memoria), trastorno psicótico debido a condición médica general o inducido por sustancias (anfetaminas, alucinógenos, cocaína, cannabis, alcohol, Levodopa; Con Esquizofrenia, trastornos Esquizofreniformes, trastorno esquizoafectivo, trastornos afectivos con rasgos psicóticos, trastorno psicótico breve (delirios multitemáticos no encapsulados), trastorno obseso-compulsivo, trastorno de personalidad paranoide.

**Características:**

Personalidad intacta con poca evidencia de trastorno mental ante la ausencia de circunstancias estresantes; algunos son asociales, excéntricos o fanáticos. No hay introspección, y la contradicción del delirio es asumida con rabia y desdén, reflejan grado de grandiosidad en muchos casos. Animo irritable como una reacción a sus creencias delirantes; especialmente en los tipos persecutorios, puede darse marcada agresividad o comportamiento violento. Las dificultades de tipo legal pueden acompañar al trastorno delirante de tipo persecutorio.

**Tratamiento:**

Se puede ofrecer una terapia que le permita al paciente convivir más adecuadamente, sin mayor perturbación en sus relaciones interpersonales, con su trastorno delirante. Debe procurarse la delimitación de los factores estresantes desencadenantes y ayudar al paciente a desarrollar respuestas alternativas a los mismos.

Pueden usarse antipsicóticos a bajas dosis como Haloperidol, 2 mg / día, caso de marcado cuadro delirante (Opler, 1991) En ancianos se recomienda un antipsicótico de baja potencia como la Tioridazina, 10-30 mg / día dividido en 3 dosis.

**TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO:**

**Definición:**

Combinación de síntomas depresivos o maníacos por espacio de 2 semanas y de 1 semana respectivamente, con alucinaciones o delusiones (síntomas de esquizofrenia) que deben presentarse no sólo acompañadas, sino también independientes por espacio de 2 semanas, de tal manera que un episodio esquizoafectivo debe durar al menos 1 mes.

**Epidemiología:**

Relativamente poco conocido debido a la multiplicidad de criterios diagnósticos y enfoques que sobre el mismo se tienen.

Con mayor presentación en mujeres que en hombres (63% a 71% vs. 29% a 37%) en especial en el subtipo depresivo, con un riesgo relativo para desarrollar el trastorno de 6.8 en las primeras. También se ha descrito un inicio en la adolescencia o la adultez joven similar o levemente superior a la esquizofrenia (especialmente en varones), pero más temprano comparado con trastornos unipolar y bipolar.

**Prevalencia:**

De 12.6 por mil a 6 meses y de 16 +/- 12% en poblaciones clínicas para un rango con la esquizofrenia de 1:2. El tipo bipolar, más frecuente que el depresivo en general (12.5% vs. 8%), es más común en jóvenes adultos, mientras el tipo depresivo lo es en adultos mayores. El nivel sociocultural parece ser similar al de los trastornos afectivos y superior al encontrado en esquizofrenia. El riesgo suicida en estos pacientes parece ser similar al de aquellos con trastornos afectivos.

**Características:**

Hay marcadas alucinaciones auditivas y delusiones de tipo persecutorio, persisten con él por espacio de 3 meses más; Luego el individuo se recupera del episodio depresivo pero continua con los síntomas psicóticos por otro mes antes de la recuperación total. La duración del episodio depresivo (o maníaco), debe abarcar una "sustancial porción del tiempo total que dura el episodio esquizoafectivo", y así evitar se le diagnostique como trastorno depresivo no especificado según el DSM-IV o como depresión postpsicótico. Es de aparición temprana e insidiosa sin factores precipitantes.

**Pronóstico:**

Suele ser pobre cuando se asocia a antecedentes familiares de esquizofrenia; Aproximadamente 20% a 30% de los pacientes mostrarán un curso deteriorante; el resto presentará unos 6 a 7 episodios en un período de 25 años, con un 20% de su vida dedicado a hospitalizaciones.

**Tratamiento:**

En la manía esquizoafectiva se recomienda la combinación Litio y antipsicóticos a la administración de cada medicamento en forma individual tanto para el episodio agudo como para la profilaxis, aunque esto último no ha sido evaluado por trabajos controlados.

La Carbamazepina y el Ácido Valproico solos o asociados a antipsicóticos pueden ser alternativas. En el manejo profiláctico el Litio debe mantenerse en niveles de 0.6 mEq/Lt o más, intentando la suspensión paulatina de los antipsicóticos; aunque en muchos casos éstos se precisan en forma indefinida. La adición de un antidepresivo retarda la respuesta de los antipsicóticos e incluso puede causar una activación del trastorno del pensamiento. Se prefiere entonces, iniciar con un antipsicótico más un anticolinérgico, dejando el antidepresivo para aquellos pacientes con respuesta inadecuada de los síntomas afectivos.

**PSICOSIS AFECTIVAS PUERPERALES:**

**Definición:**

Trastornos cuyos síntomas se presentan en correlación con los cambios anatómicos y fisiológicos manifiestos después del parto, pero sin hacer mención de las aún no evidentes influencias endocrinas.

**Etiología:**

La circulación, la masa y la actividad secretoria de la hipófisis está marcadamente disminuida en los días previos al parto, lo que lleva a una serie de alteraciones hormonales: tanto el cortisol plasmático como la tiroxina, elevados en el momento del parto, caen después del tercer día; la disminución del cortisol conduce a una estimulación de los centros autonómicos del hipotálamo sensibles a los cambios plasmáticos de la hormona y de los centros de la vigilia. La caída de los estrógenos circulantes conducen a una hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos a nivel hipotalámico.

**Síntomas:**

Ansiedad marcada, insomnio, depresión y los síntomas psicóticos.

**Epidemiología:**

El riesgo de presentar una psicosis postparto es mayor en los primeros 30 días, en primíparas con antecedentes de trastornos del afecto (trastorno bipolar I) o esquizofrenia y en multíparas con episodios de depresión postparto previos (30-50% de recurrencia, que puede llegar a ser del 100% en aquellas pacientes que también tienen historia previa de depresión mayor); la incidencia es de 10-15% aproximadamente; la psicosis postparto tiene una incidencia de 1 por cada 500-1000 partos, con incremento de la frecuencia en partos posteriores. Debe tenerse en cuenta que aunque el trastorno se presenta en las primeras semanas o meses, el riesgo persiste hasta por 1 a 2 años después del parto.

El riesgo de recurrencias o recaídas es bajo y se encuentran pocos casos de trastornos psiquiátricos en los familiares de las pacientes con psicosis postparto. El parto es posiblemente un evento lo suficientemente potente para precipitar un episodio psicótico en mujeres con una moderada predisposición genética a enfermedades afectivas.

**Características:**

Las psicosis puerperales difieren desde el punto de vista fenomenológico y el curso de la enfermedad de los trastornos afectivos. Existe evidencia genética que soporta la hipótesis que la mayoría de estas pacientes tienen un trastorno afectivo bipolar precipitado por el parto.

**Clasificación:**

Psicosis postparto  
Depresión postparto

**El diagnóstico diferencial:**

Trastornos a descartar son la ansiedad generalizada, el trastorno obseso-compulsivo, trastornos esquizofreniformes y el síndrome de Cushing.

**Tratamiento:**

Las depresiones postparto leves, sin elementos psicóticos o suicidas, pueden ser manejadas ambulatoriamente. En casos severos se requiere la hospitalización y la instauración de antipsicóticos como Haloperidol, 2-5 mg / día o más, para la sintomatología delirante por espacio de 6 meses. Los parches de estrógeno han demostrado ser efectivos en la depresión postparto. Las BZD se utilizan en pocas ocasiones en caso de agitación e insomnio, tipo Lorazepam, 0.5 mg c / 4 a 6 horas.

El Litio ha demostrado ser útil no sólo para el control de síntomas maníacos, sino también para el tratamiento profiláctico en pacientes con historia de trastornos afectivos no puerperales (quienes tienen un alto riesgo de presentar el trastorno particularmente en la forma de manía); sin embargo requiere de la suspensión de la alimentación materna y de estricta vigilancia por el riesgo de inducir hipotiroidismo postparto.

**TRASTORNO PSICOTICO SECUNDARIO A UNA AFECCIÓN MEDICA O AL CONSUMO DE SUSTANCIAS:**

**Definición:**

Alucinaciones que pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones olfatorias son sugestivas de epilepsia del lóbulo temporal.

**Diagnostico:**

No debe ser realizado si el paciente reconoce que tales alucinaciones son debidas a la condición médica general. Las delusiones pueden involucrar una gran variedad de temas, siendo el más frecuente el de contenido persecutorio.



**Características:**

Afecciones neurológicas (delirium, tumores, enfermedad de Alzheimer, epilepsia del lóbulo temporal, esclerosis múltiple, lesión del nervio auditivo, migraña, infecciones o traumatismos del sistema nervioso central), afecciones endocrinas (hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo), afecciones metabólicas ( hipoglicemia), desbalance hidroelectrolítico, enfermedad hepática o renal y trastornos auto inmune (LES)

En cuanto al consumo de sustancias, este diagnóstico puede ser realizado en presencia de intoxicación o abstinencia sólo cuando los síntomas psicóticos sean tan severos como para requerir atención clínica independiente.

Las sustancias que pueden llevar a este síntoma psicóticos prominentes durante una intoxicación pueden ser: alcohol, anfetaminas, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, opioides (Meperidina), sedantes, hipnóticos, ansiolíticos... Durante la abstinencia las sustancias que más pueden llevar al trastorno son: alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos...

Otros medicamentos que pueden llevar al trastorno son: anestésicos, analgésicos, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antihipertensivos, antimicrobianos, medicaciones cardiovasculares, antiparkinsonianos, agentes quimioterapéuticos (Ciclosporina, Procarbazina), corticoesteroides, medicaciones gastrointestinales, relajantes musculares, AINES, antidepresivos, Disulfiram, Pseudoefedrina... Entre las toxinas se encuentran: anticolinesterasas, insecticidas órgano fosforados, monóxido de carbono, dióxido de carbono, gasolina, pintura...

## **FÁRMACOS RECOMENDADOS PARA DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS**

### **PSICOTICOS:**

#### **Origen:**

En el argot psiquiátrico, los antipsicóticos, también llamados tranquilizantes mayores, se identifican bajo el término de neurolépticos, del griego neuro: nervio y lepto: atar.

La introducción de drogas psicotrópicas terapéuticamente efectivas en el tratamiento de las enfermedades mentales comienza en 1949 y ha continuado hasta ahora. El término psicotrópico fue introducido por Ralph Gerard, un neurofisiólogo norteamericano en 1957 para drogas con efectos sobre la actividad mental y el comportamiento humano.

La historia de las drogas psicotrópicas puede ser dividida en tres períodos distintos. El primero corresponde a la introducción de drogas prototípicas durante la década de 1950. El segundo, con la introducción de la primera generación de psicotrópicos, identificados sobre las bases de similitudes estructurales y farmacológicas semejantes a la del prototipo. Y el tercero, período actual, con la introducción de la segunda generación de psicotrópicos desarrollados teniendo en cuenta las teorías acerca de los patomecanismos de las enfermedades mentales, derivados de estudios sobre los mecanismos de acción de las drogas terapéuticamente efectivas.

El primer set de drogas psicotrópicas incluyeron litio, clorpromazina, reserpina, meprobamato, iproniacida e imipramina. En un sentido amplio también incluyeron clorprotixeno, haloperidol, y clordiazepóxido. Este set consistió en la inclusión de cuatro antipsicóticos, neurolépticos o tranquilizantes mayores), clorpromazina, reserpina clorprotixeno y haloperidol, dos antidepresivos, imipramina e iproniazida; dos sedantes-ansiolíticos, meprobamato y clordiazepóxido, y un estabilizador del humor, litio.

Los antipsicóticos fueron efectivos en el control de la excitación psicomotriz, y en el tratamiento de la esquizofrenia y manía y en el manejo de la psicosis.

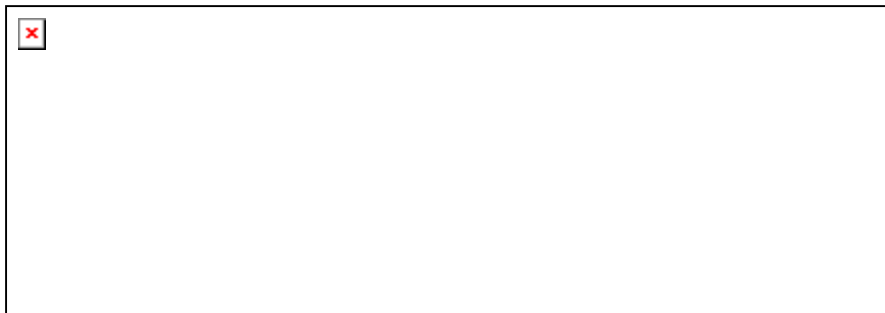
Los antidepresivos fueron efectivos en el tratamiento de la enfermedad depresiva y también en los trastornos de pánico, y enfermedad obsesiva-compulsiva. Los estabilizadores del humor eran efectivos tanto en la fase maníaca como en la depresiva de la enfermedad bipolar, así como en el tratamiento agudo, de mantenimiento y profilaxis en dicha enfermedad. Los ansiolíticos-sedantes eran efectivos en los trastornos de ansiedad generalizada. Los ansiolíticos alivian la ansiedad y liberan la tensión.

Algunas de las drogas prototípicas tuvieron un mayor impacto sobre el desarrollo de drogas psicotrópicas hacia el fin del segundo período, donde el número de drogas utilizables para el uso clínico en el tratamiento de las enfermedades mentales se incrementó hasta casi cincuenta. Y a partir de entonces siguieron explorándose los usos antipsicóticos de otras sustancias similares.

Actualmente hay alrededor de 20 antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos-sedantes y al menos 3 estabilizadores del humor empleados en el tratamiento de las enfermedades mentales. En suma, también existen inhibidores de la colinesterasa en uso clínico para el tratamiento de la demencia tipo Alzheimer de la demencia senil.

#### **Estructura química**

Se caracterizan por una estructura de 3 anillos y difieren entre ellas en las sustituciones realizadas en la posición 10 de la estructura química



### **Identificación**

Los antipsicóticos se comercializan en soluciones inyectables, gotas y tabletas.

### **Composición**

Los neurolépticos más conocidos son Butirofenonas como el Haloperidol (Haldol®, Haloperil®) o derivados Fenotiacínicos como la Clorpromazina (Largactil®, Clorpromacín®), y la Tioridazina (Melleril®). Entre los más nuevos se encuentran la Clozapina (Leponex®, Clopsine®) y la Risperidona (Risperdal®)

### **Formas de adulteración**

Al ser productos expendidos en farmacias se encuentran libres de adulteraciones.

### **Farmacocinética:**

La absorción de los antipsicóticos por vía I.M. es más rápida (0.5 - 1 hora) que por vía oral (2 a 6 horas) La biodisponibilidad es mayor por vía parenteral (IM o IV) La cafeína, los antiácidos, el cigarrillo y los alimentos alteran la biodisponibilidad de la vía oral. Atraviesan adecuadamente la barrera hematoencefálica (excepto el Sulpiride) Son metabolizados en el hígado y eliminados por orina.

Muchos metabolitos son activos. Los niños metabolizan estas sustancias más rápidamente que los adultos, pero requieren niveles plasmáticos más bajos para la eficacia.

Los niveles plasmáticos tienen cierta utilidad clínica para identificar no respondedores. T.máx = 30 min. A 1 hora (IM.) y 2-6 horas (VO.); Alcanzan el estado de equilibrio o meseta a los 3-5 días. Vd = entre 10 y 35 Lt/kg. (en el caso de la Clozapina, la Ziprasidona y el Risperidone es mucho más bajo = 1 a 5 Lt/kg.). Vida media promedio = 10-35 horas (puede ser tan alta como 105 horas en el caso de la Clozapina. Fig. no.1

**Farmacodinamia:**

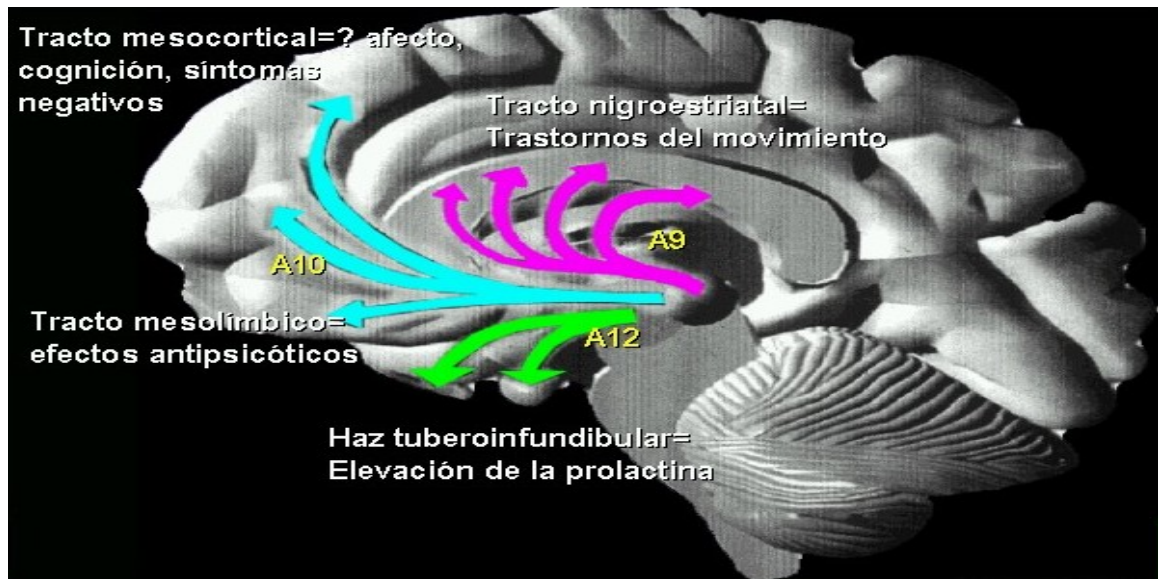
Al iniciarlos, se produce un incremento del ácido homovalínico (HVA) en líquido cefalorraquídeo por un incremento en el recambio de dopamina debido al bloqueo de los receptores dopaminérgicos. Posteriormente se produce una disminución en el recambio y la tasa de disparo de las neuronas dopaminérgicas con la aparición de los efectos antipsicóticos. Bloquean competitivamente los receptores dopaminérgicos D2 en un 65 - 85%, en el sistema límbico y corteza, llevando a efectos antipsicóticos terapéuticos y a efectos adversos. Estos efectos están relacionados con la afinidad por diferentes tractos dopaminérgicos como el A9 (nigroestriatal), A10 (mesolímbico) y A12 (tuberoinfundibular) [FIG. 2].

**Fig 1-----CARACTERÍSTICAS FARMACOCINÉTICAS DE LOS ANTIPSICÓTICOS**

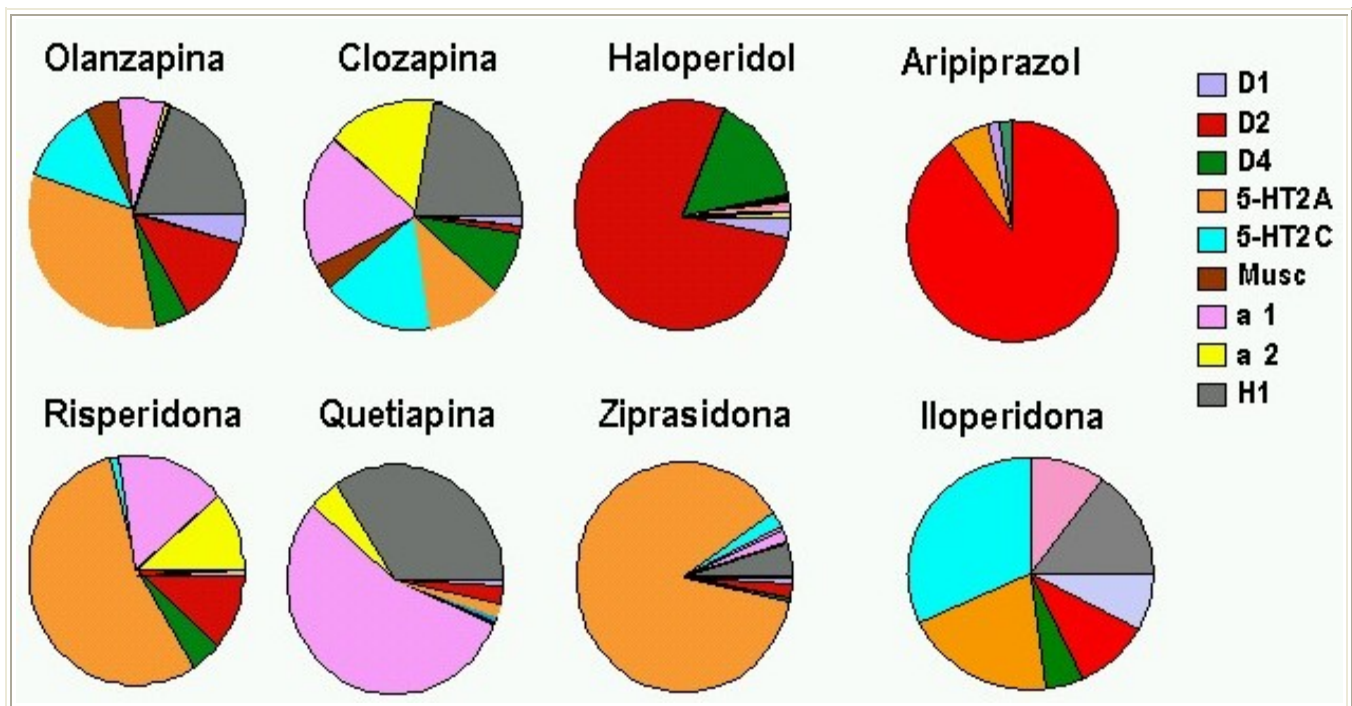
Fármaco	U.A.P.	biodisp. (f)	t.max	Metabolismo	Vida Media [t1/2]
<b>Clorpromazina</b>	<b>90-95%</b>	<b>10-33%</b>		<b>CYP2D6</b>	<b>8 - 35 h</b>
<b>Flufenazina</b>	<b>90-95%</b>	<b>20-50%</b>		<b>CYP2D6</b>	<b>14 - 24 h</b>
<b>Tioridazina</b>	<b>99%</b>	<b>25-33%</b>	<b>6 h</b>	<b>CYP2D6</b>	<b>9 - 30 h</b>
<b>Haloperidol (VO)</b>	<b>92%</b>	<b>40-70%</b>	<b>1-3 h</b>	<b>CYP2D6</b>	<b>16 - 36 h</b>
<b>(IV)</b>			<b>11 min.</b>		<b>14 h (21 h - IM)</b>
<b>Risperidone</b>	<b>90%</b>	<b>68%</b>	<b>1-2 h</b>	<b>CYP2D6</b>	<b>3 - 24 h</b>
<b>Quetiapina</b>	<b>83%</b>	<b>9%</b>	<b>1-2h</b>	<b>CYP3A4</b>	<b>6.88 h</b>
<b>Ziprasidona</b>	<b>&gt; 99%</b>	<b>59%</b>	<b>5 h</b>	<b>?</b>	<b>4 - 10 h</b>
<b>Aripiprazol</b>	<b>&gt; 99%</b>	<b>87%</b>	<b>3 h</b>	<b>CYP2D6 y 3A4</b>	<b>75 h</b>
<b>Olanzapina</b>	<b>93%</b>	<b>&gt; 57%</b>	<b>5-8 h</b>	<b>CYP1A2 (parcial)</b>	<b>20 - 70 h (30 h)</b>
<b>Clozapina</b>	<b>92-95%</b>	<b>12-81%</b>	<b>3 h</b>	<b>CYP1A2 y 3A3/4</b>	<b>11 - 105 h (16 h)</b>

Las afinidades de los APS por diferentes receptores según su constante de inhibición (Ki) expresada en nanomoles se presentan en la siguiente tabla. En fondo negro se aprecian los receptores sobre los que cada uno de estos medicamentos presenta mayor afinidad (menor Ki) y en gris los que presentan moderada afinidad.

Fig.2



GRÁFICAS DE AFINIDAD POR RECEPTORES



La misma afinidad por receptores puede ser comparada por medio del diseño de tortas que muestra un predominio de acción sobre receptores dopaminérgicos con el haloperidol (antagonismo D2) y el Aripiprazol (agonismo parcial) También se observa la acción predominantemente serotoninérgica de la Risperidona (anti-5-HT2a) y la Ziprasidona (que además inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina) Un efecto de más amplio espectro es observado con Olanzapina y Clozapina y en menor medida con Iloperidona. Finalmente Quetiapina actúa primordialmente sobre r. H1 y alfa 1 (antagonismo) por lo que su acción antipsicótica requiere de dosis elevadas para lograr un antagonismo moderado de receptores de serotonina y dopamina.

### **Mecanismo de acción**

Aún no se conoce con precisión el mecanismo por el cual los APS ejercen sus efectos sobre diversos síntomas de la esquizofrenia y en algunos casos de los trastornos del afecto y ansiedad. Sin embargo, la selectividad sobre vías dopaminérgicas A10 (mesolímbicas) reduce el riesgo de extrapiramidalismo; el bloqueo de los efectos antagonistas de receptores glutamatergicos NMDA como el "polvo de ángel" (PCP = fenciclidina), explica el efecto sobre síntomas positivos, negativos y cognoscitivos; el aumento de acetilcolina en hipocampo y corteza prefrontal, la mejoría cognoscitiva; el aumento de serotonina y noradrenalina en corteza prefrontal (CPF), la mejoría en síntomas depresivos; confirma los efectos de estos medicamentos más allá del clásico sistema mesolímbico dopaminérgico y efectos más recientemente descubiertos como la inhibición de la recaptación de monoaminas y el agonismo parcial podrían explicar la mejoría en depresión y la baja tasa de síntomas extrapiramidales, respectivamente.

Los neurolépticos pueden administrarse por vía oral, sublingual o intramuscular. Al llegar al cerebro ocupan los receptores del neurotransmisor conocido como dopamina y en algunos casos también los de la serotonina. Actúan como antagonistas bloqueando sus efectos y producen un estado de tranquilidad e indiferencia inmediatas; es por esto que en 1952 el primer científico en experimentar con ellos los calificó de auténticos "lobotomizadores químicos".

Tabla de perfiles de bloqueo de neurotransmisores de los antipsicóticos atípicos

Neurotransmisor	Dopamina		Serotonina	Noradrenalina		Histamina	Acetilcolina
Tipo de Receptor	D1	D2	5-HT2	1	2	H1	M1-3
Clozapina	+	+	+	+	+	+	+
Olanzapina	+	+	+	+	-	+	+
Risperidona	-	+	+	+			

### Usos terapéuticos

Los psiquiatras los prescriben básicamente en cuadros clínicos de:

#### PSIQUIÁTRICAS:

1. Esquizofrenia
2. Paranoia
3. Psicosis orgánicas y funcionales
4. Trastorno bipolar (maníaco-depresivo)
5. Enfermedades que cursan con síntomas psicóticos (alucinaciones o delirio)
6. Psicosis tóxicas producidas por alucinógenos como Anfetaminas, cocaína y Fenciclidina. El agente más utilizado es el haloperidol.
7. Psicosis inducidas por el alcohol (alucinaciones)
8. Estados maníacos e hipomaníacos: (haloperidol parenteral).

#### NO PSIQUIÁTRICAS:

1. Vómitos refractarios e hipo incontrolable
2. Dolor crónico o terminal.
3. Antihistamínicos (prometazina)
4. Anestesia (neuroleptoanestesia)

#### BENEFICIOS DE LA TERAPIA CON NEUROLEPTICOS

1. Reducen el número de enfermos hospitalizados
2. Mejoran algunos de los síntomas (en especial los positivos)
3. Facilitan el desarrollo de programas de rehabilitación individual y Comunitaria.
4. Permiten al enfermo pensar con mas claridad y relacionarse mejor con su medio ambiente

Tabla de principales antipsicóticos:



Medicamento	Sedación	Efectos extrapiramidales	Efectos anticolinérgicos	Hipotensión ortostática
<b>Fenotiazinas</b>				
Clorpromazina	+++	+	+++	+++
Flufenazina	+	+++	+	+
Levomepromazina	+++	+	+++	+++
Perfenazina	++	++	++	+
Pipotiazina	+	+	+++	+++
Tiopropazina	+	+++	+	+
Tioridazina	++	+	+++	+++
Trifluoperazina	+	+++	+	+
<b>BUTIROFENONAS</b>				
Haloperidol	+	+++	+	+
<b>TIOXANTENOS</b>				
Zuclopentixol	+++	+++	+	+
<b>ORTOPRAMIDAS</b>				
Sulpirida	+	++	+	+
Tiaprida	+	+	+	+
<b>OTROS</b>				
Loxapina	+	+	+	+
Pimozida	+	+	+	+

### Dosificación

El tratamiento con antipsicóticos se inicia con dosis moderadas que van aumentando hasta llegar a la dosis máxima que se mantiene durante varios meses y en ocasiones años. La dosificación de haloperidol (Haldol®, Haloperil®) se calcula en función de la gravedad del episodio psicótico y se discontinúa en cuanto los síntomas desaparecen. Las dosis medias fluctúan entre 10 y 20 mg; las altas entre 30 y 40 mg. Más de esta cantidad en sujetos sin tolerancia pueden ser letales. En casos de psicosis funcionales provocadas por alucinógenos, estimulantes o alcohol, la dosificación de ambas sustancias se calcula en función de la gravedad del episodio psicótico y se discontinúa en cuanto los síntomas desaparecen.

### **Reacciones adversas:**

Todos los antipsicóticos tienen efectos colaterales que van desde visión borrosa, congestión nasal, sequedad de boca, trastornos de peso, contracciones musculares involuntarias, retención urinaria, anemia, irregularidad menstrual, atrofia testicular, alergias cutáneas y vértigos; hasta destrucción de células en la sangre, obstrucción hepática con ictericia (que provoca una pigmentación amarilla característica), arritmias cardíacas, aumento de la temperatura corporal y parkinsonismo (temblor en extremidades, tronco, cabeza y lengua que ocasiona alteraciones en la coordinación motriz fina)

La degradación en el deseo erótico y la disquinesia tardía (movimientos involuntarios de boca, tronco o extremidades que pueden aparecer después de terminado el tratamiento), llegan a ser irreversibles en tratamientos prolongados (más de dos años); Convulsiones (con Clozapina); Salivación nocturna (con Clozapina); Trastornos hepáticos y renales (usualmente transitorios); solicitar pruebas de función hepática y renal.

### **Potencial de dependencia**

La tolerancia hacia los neurolepticos es considerable, aunque el peligro de dependencia es relativamente bajo ya que sus efectos psicológicos no resultan atractivos. Su administración prolongada tampoco genera una verdadera dependencia al nivel físico, por lo que una suspensión brusca sólo puede provocar ciertos signos de malestar como dolores musculares e insomnio, que desaparecen al cabo de algunos unos días.

### **CONSIDERACIONES CLÍNICAS ÚTILES CON RESPECTO A LOS NEUROLÉPTICOS**

. Dosis elevadas o Administración parenteral al principio de una psicosis aguda no mejora la respuesta. No hay pruebas de que la combinación de antipsicóticos ofrezcan ventajas.

- . La afirmación de que los antipsicóticos atípicos sean mas efectivos es cuestionable, porque las pruebas que apoyan esta propuesta permanecen inconstantes y, esos beneficios son por lo general limitados.
- . Los pacientes psicóticos agudos internados requieren dosis más altas que los ambulatorios, sin embargo en tratamientos prolongados ambos responden a dosis similares.
- . En los pacientes con Síndromes Cerebrales agudos: Utilizar antipsicóticos de alta potencia. Evitar dar los de baja potencia, porque pueden causar sedación, hipotensión, convulsiones.
- . Y los que tienen efectos anticolinérgicos marcados pueden empeorar la agitación y la confusión.

#### PRINCIPALES LIMITACIONES

Continúa habiendo recaídas a pesar de mantener el tratamiento, Hay síntomas que no responden y aspectos de la conducta que no, Provocan reacciones adversas que complican o perturban la vida del Enfermo.

En el **embarazo**, las Butirofenonas y Butilpiperidinas, son las más seguras. No deben usarse Fenotiazinas alifáticas. La Clozapina es ubicada en categoría B por la FDA pero debe tenerse precaución en el tercer trimestre por la hipotensión que produce. Los otros antipsicóticos atípicos se ubican en la categoría C. Solicitar recuento de células sanguíneas (granulocitos, con el uso de antipsicóticos de baja potencia y Clozapina)

#### **Interacciones:**

Existe un riesgo potencial de interacciones medicamentosas cuando los antipsicóticos son administrados concomitantemente con alcohol, antidepresivos, anticonvulsivantes, benzodiazepinas, tabaco o antiarrítmicos. Presentan un índice terapéutico alto, pero deben darse dosis bajas en ancianos y pacientes con hepatopatías.

#### Régimen legal actual

Los neurolépticos están sujetos a control internacional. Pertenecen a la Lista III, por lo que sólo pueden adquirirse bajo receta médica.

### **HALOPERIDOL [Haldol®]**

#### Neuroléptico Butirofenónicos

Es una butirofenona con características generales similares a las de las Fenotiazinas.

o Presentaciones:

Tabletas de 5 mg, 10 mg. Suspensión gotas 2mg/ml (frasco de 15 y 30 ml) Solución inyectable 5 mg/ml. Ampolla 10 ml

o Indicaciones:

Como un agente antipsicótico en Esquizofrenia aguda y crónica, Paranoia, Confusión aguda, alcoholismo, Alucinaciones hipocondríacas, Alteraciones de la personalidad: Paranoide, esquizoide, conducta antisocial, y otras personalidades. Como un agente anti-agitación psicomotora: Manías, demencia, retardo mental, alcoholismo, personalidad compulsiva, paranoide y otras. Agitación, agresividad, alteraciones de conducta y carácter en niños y ancianos. Como coadyuvante en el tratamiento de dolor crónico severo.

Como un antiemético en: Náusea y vómito de orígenes diversos. Útil en tics, tartamudez, hipo intratable, delirium y psicosis puerperal, entre muchas otras. La vía I.V. produce menor número de efectos adversos de tipo extrapiramidal, aunque esto podría deberse a la administración concomitante de benzodiazepinas y beta-bloqueadores en diversos estudios.

o Farmacocinética:

Los niveles plasmáticos pico dentro de las 2 a 6 horas de la dosis oral. Biodisponibilidad de 60-70%. La  $t_{1/2}$  plasmática (de eliminación terminal) es 24 hrs (rango: 12-38) Rango de concentración plasmática desde 4  $\mu\text{g/l}$  a un límite superior de 20 a 25  $\mu\text{g/l}$  para obtener una respuesta terapéutica. Cruza la barrera hematoencefálica. La unión a proteínas plasmáticas es 92%. La excreción ocurre con las heces (60%) y en la orina (40%) Cerca del 1% ingerido se excreta sin cambios en la orina. El volumen de distribución en el estado estable es alto ( $7.9 \pm 2.5$  l/kg) Existe una gran variabilidad interindividual.

Como muchos otros fármacos que se metabolizan en el hígado. Otras vías metabólicas incluyen N-dealquilación oxidativa y glucuronización. Los metabolitos carecen de actividad neuroléptica. Reduce el tránsito intestinal y el vaciado gástrico, pudiendo alterar la absorción de otros medicamentos administrados concomitantemente. El metabolismo es hepático, con un metabolito de menor actividad, Haloperidol reducido, que a su vez es reconvertido en Haloperidol, Esto explica que en algunos casos la vida media del Haloperidol se exceda las 100 horas.

#### HALOPERIDOL IM:

Los niveles plasmáticos pico se presentan 20 minutos después de la administración intramuscular. La vida media plasmática (de eliminación terminal) es 21 horas (rango: 13-36) La presentación inyectable se puede utilizar por vía I.V. o I.M. Esta última tiene el inconveniente de la errática absorción, prefiriéndose el músculo deltoides, de la inyección repetida y del enmascaramiento de las enzimas musculares

#### HALOPERIDOL DECANOATO:

Liberación lenta y sostenida de haloperidol. Las concentraciones en plasma aumentan gradualmente, llegando generalmente a su nivel máximo 3 a 9 días después de la inyección y disminuyendo posteriormente, con una vida media aparente de 3 semanas. Los niveles plasmáticos constantes se alcanzan en 2 a 4 meses en pacientes que reciben inyecciones mensuales. La farmacocinética después de una inyección intramuscular se relaciona con la dosis. La relación entre la dosis y el nivel plasmático de haloperidol es lineal para una dosis menor de 450 mg. Se ha sugerido que se requiere un rango de concentración plasmática desde 4 µg/l a un límite superior de 20 a 25 µg/l para obtener una respuesta terapéutica.

El decanoato es un éster de haloperidol y ácido decanoico, y como tal, un antipsicótico de depósito perteneciente al grupo de las butirofenonas. Se libera gradualmente del tejido muscular, y es hidrolizado lentamente a haloperidol libre, penetrando así a la circulación.

o Farmacodinamia :

El bloqueo del receptor D2 puede significar menor número de efectos adversos. Los efectos antidopaminérgicos periféricos, explican la actividad anti-náusea y vómito, la relajación de los esfínteres gastrointestinales e incremento en liberación de prolactina (a través de la inhibición de la actividad del factor inhibidor de la prolactina.

o Dosis:

Adultos como agente antipsicótico en fase aguda (Episodios agudos de esquizofrenia, delirium tremens, paranoia, confusión aguda, psicosis de Korsakov y paranoia aguda): 5-10 mg I.V. o I.M. cada hora hasta lograr el control del síntoma o un máximo de 60 mg/día. Cuando se administra por vía oral, se podría necesitar casi el doble de la dosis arriba citada. Fase crónica: Esquizofrenia crónica, alcoholismo crónico, trastornos crónicos de la personalidad: 1-3 mg vía oral, 3 veces al día; se puede incrementar a 10-20 mg 3 veces al día, dependiendo de la respuesta. Como un agente anti-agitación psicomotora en la fase aguda (Manía, demencia, alcoholismo, trastornos de la personalidad, alteraciones de conducta y carácter, movimientos coreicos): 5-10 mg I.V. o I.M. Fase crónica: 0.5-1 mg oral, 3 veces al día; se puede incrementar a 2-3 mg 3 veces al día si se requiere para obtener respuesta. Como adyuvante en terapia de dolor crónico: 0.5-1 mg oral, 3 veces al día; se puede ajustar en caso necesario. Como antiemético en vómito central inducido: 5 mg I.V. o I.M. Profilaxis de vómito postoperatorio: 2.5-5 mg I.V. o I.M. al final de la cirugía. En pacientes ancianos: Se debe iniciar el tratamiento con la mitad de la dosis indicada para adultos y ajustarse de acuerdo a los resultados si se considera necesario. En niños: 0.1 mg/3 kg de peso corporal, vía oral, 3 veces al día; se puede ajustar si es necesario. La inyección de haloperidol decanoato se propone para uso en pacientes con psicosis crónica que requieran de una terapia antipsicótica parenteral prolongada.

Haloperidol decanoato no debe ser administrado por vía endovenosa. Se recomienda que la dosis inicial de 10 a 15 veces la dosis previa. La dosis máxima inicial no debe exceder de 100 mg. Dependiendo de la respuesta individual, la dosis se puede incrementar gradualmente 50 mg hasta que se obtiene un efecto terapéutico óptimo. Generalmente la dosis mensual más apropiada es 20 veces la dosis diaria de haloperidol oral. Durante el ajuste de dosis, o episodios de exacerbación de síntomas psicóticos, la terapia con haloperidol decanoato se puede complementar con haloperidol solo. El intervalo usual entre las inyecciones es de 4 semanas. Sin embargo, la variación en la respuesta del paciente dictará la necesidad de un ajuste del intervalo de dosis. Uso en ancianos y pacientes debilitados: Se recomienda iniciar con dosis pequeñas, como 12.5 mg-25 mg cada 4 semanas, incrementando solamente la dosis de acuerdo a la respuesta del paciente.

o Precauciones y eventos adversos:

Estado comatoso, depresión del sistema nervioso central debido al alcohol y otros fármacos depresores, enfermedad de Parkinson, hipersensibilidad conocida. No se ha mostrado un aumento significativo de anomalías fetales en estudios en una población amplia. Se han reportado casos aislados de defectos congénitos después de la exposición fetal mayormente en combinación con otros fármacos. Sólo deberá ser usado durante el embarazo si los beneficios anticipados justifican los riesgos potenciales para el feto. Se excreta en la leche materna. Si se considera esencial el uso de haloperidol, se deberán evaluar los beneficios de la lactancia contra los riesgos potenciales. Categoría en el riesgo de embarazo C; en el tercer trimestre se han descrito efectos extrapiramidales ocasionales en el neonato.

Síntomas extrapiramidales se han observado en niños con alimentación al pecho en mujeres tratadas con haloperidol. Como con todos los neurolepticos pueden ocurrir síntomas extrapiramidales: temblor, rigidez, hipersalivación. Medicamentos antiparkinsonianos de tipo anticolinérgico.

Como otros antipsicóticos, se ha asociado con síndrome neuroléptico maligno (SNM), inestabilidad autonómica, conciencia alterada. Se han reportado ocasionalmente: depresión, sedación, agitación, mareo, insomnio, cefalea, confusión, vértigo, convulsiones tipo gran mal y exacerbación aparente de síntomas psicóticos. Síntomas gastrointestinales: Se han reportado náusea, vómito y pérdida del apetito. Pueden presentarse cambios de peso. Efectos endocrinos: ginecomastia, galactorrea. Muy raramente hipoglucemia y de síndrome de secreción inapropiada de ADH. Efectos cardiovasculares: taquicardia e hipotensión, agranulocitosis y trombocitopenia, usualmente cuando hay asociación con otro medicamento. Excepcionalmente hay reacciones de hipersensibilidad como erupción cutánea, urticaria y anafilaxis. Constipación, visión borrosa, boca seca, retención urinaria, disfunción eréctil, edema periférico, salivación y alteraciones en la regulación de la temperatura corporal. Se han reportado raros casos de muerte súbita sin explicación en pacientes psiquiátricos recibiendo fármacos antipsicóticos.

o **Contraindicaciones:**

Alteración de la conciencia por depresión del SNC, depresión de médula ósea, enfermedad de los ganglios basales.

o **Interacciones medicamentosas:**

Puede incrementar la depresión del SNC producida por otros fármacos depresores, incluyendo alcohol, hipnóticos, sedantes o analgésicos potentes. Existe efecto incrementado al SNC cuando se combina con Metildopa. Puede alterar el efecto antiparkinsoniano de la levodopa. Inhibe el metabolismo de los antidepresivos tricíclicos, incrementando así los niveles plasmáticos de estos fármacos.

Cuando un tratamiento prolongado con medicamentos de inducción enzimática como carbamazepina, fenobarbital, rifampicina es añadido a la terapia con haloperidol el resultado es una reducción significativa de los niveles plasmáticos de haloperidol.



o Sobredosificación:

No existe un antídoto específico. Se recomienda lavado gástrico o inducción al vómito (no en el caso que el paciente este convulsionando o en estado comatoso) seguido de la administración de carbón activado.

o Nivel de uso:

Hospitalario, Centros de Salud.

o Costo:

Tableta de 5 mg: C\$ 0.91 - C\$ 14.88

**TIORIDAZINA**

Neuroléptico

o Presentación:

Tabletas de 100 mg. Solución oral de clorhidrato de Tioridazina 30 mg/ml.

o Indicaciones:

Tioridazina debe ser usado solamente en pacientes con esquizofrenia crónica o exacerbaciones agudas que no hayan respondido adecuadamente al tratamiento con el curso apropiado de fármacos antipsicóticos.

o Farmacocinética:

Presenta 2 metabolitos más activos que la misma sustancia por acción de la CYP2D6: sulfóxido y N - desmetiltioridazina. Absorción: La Tioridazina es rápidamente absorbida del tracto gastrointestinal. Las concentraciones plasmáticas máximas se alcanzan 2-4 horas después de su ingesta. La Biodisponibilidad sistémica de 60% Distribución: Su unión a proteínas es alta (más de 95%) y el compuesto tiene un volumen relativo de distribución de 10 l/kg. La Tioridazina atraviesa la placenta y pasa a la leche materna.

Biotransformación: La Tioridazina es oxidada extensamente en hígado por el citocromo P-450 2D6. Es metabolizada principalmente a una cadena lateral sulfozina (mesoridazina) y a una cadena lateral sulfona (sulfóxido), las cuales poseen propiedades farmacodinámicas similares a las del compuesto madre, a un anillo sulfóxido no psicótico que tiene efectos cardiovasculares y a un metabolito N-desmetilo con una función menos clara. Eliminación: principalmente en las heces (50%) pero también por vía renal (menos de 4% como fármaco sin cambio alguno y alrededor del 30% como metabolitos) La vida media de eliminación plasmática es aproximadamente de 10 horas.

o Dosis:

Antes de iniciar el tratamiento con Tioridazina debe realizarse un ECG para excluir a los pacientes con enfermedad cardiovascular preexistente. La dosis diaria total es generalmente administrada en 2 a 4 dosis divididas.

Los comprimidos de liberación prolongada no deben ser masticados. Esquizofrenia y otros episodios agudos: Episodios agudos en adultos psicóticos hospitalizados: 100-600 mg/día hasta un máximo de 800 mg/día. Esquizofrenia crónica: 100-600 mg/día en pacientes hospitalizados; 50-300 mg/día en pacientes ambulatorios.

o Efectos adversos:

-- Sistema nervioso central: sedación y somnolencia, mareo, confusión, agitación, alucinaciones, irritabilidad, cefalea, convulsiones, síntomas extrapiramidales (temblores, rigidez muscular), depresión, insomnio, pesadillas, reacciones psicóticas.

-- Sistema nervioso autónomo/efectos anticolinérgicos: sequedad de boca, visión borrosa, congestión nasal, náusea, vómito, diarrea, estreñimiento, pérdida del apetito, retención urinaria o incontinencia, palidez, temblor.

--Sistema cardiovascular: taquicardia, arritmias, paro cardiaco, ambos pueden dar como consecuencia la muerte, y muerte súbita.

--Sistema endocrino: galactorrea, amenorrea, irregularidades menstruales, cambios de peso, alteraciones en la erección, inhibición de eyaculación, edema periférico.

--Sangre: leucopenia, trombocitopenia, anemia, leucocitosis.

--Hígado: anormalidades de las enzimas hepáticas, hepatitis.

-- Piel: dermatitis, erupciones de la piel, urticaria, rash alérgico, fotosensibilidad. Otros: edema parotídeo, hipertermia, depresión respiratoria.

-- Casos de retinopatía pigmentaria después del tratamiento a largo plazo, principalmente en pacientes que reciben dosis que exceden la dosis máxima recomendada de 800 mg/día.

o PRECAUCIONES GENERALES:

Debido a sus propiedades anticolinérgicas, deberá ser utilizado con cuidado en pacientes con antecedentes de presión intraocular aumentada, glaucoma de ángulo cerrado, retención urinaria (por ejemplo, hipertrofia prostática) y estreñimiento crónico. En pacientes con enfermedad hepática, Cuando se inicia el tratamiento es aconsejable revisar la presión arterial, en especial en ancianos y en pacientes con hipotensión postural o de circulación lábil.

El fármaco deberá ser utilizado durante el embarazo sólo si los beneficios potenciales a la madre son mayores a los riesgos posibles al feto.

o INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:

La Tioridazina es metabolizada por el citocromo P-450 2D6 y es en sí un inhibidor de esta vía. Por lo tanto, los efectos de tioridazina pueden ser aumentados y prolongados por fármacos que inhiben la isoforma P-450, como la cimetidina. Está contraindicada la comedición con fármacos metabolizados por la isoenzima P-450 2D6, como: antidepresivos tricíclicos y/o Fenotiazinas, Antipsicóticos, Antiepilépticos, Carbamazepina, Barbitúricos, Antihipertensivos y bloqueadores beta, Anticoagulantes, Depresores del SNC, Agentes anticolinérgicos, Agentes antiparkinsonianos, Vasoconstrictores adrenérgicos, diuréticos tiazídicos.

Las Fenotiazinas afectan el metabolismo de carbohidratos, por lo tanto, interfieren el control de pacientes diabéticos.

o **CONTRAINDICACIONES:**

Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, depresión grave del sistema nervioso central. Antecedentes de padecimientos hematológicos serios (por ejemplo, depresión de la médula ósea) Antecedentes de reacciones de hipersensibilidad como la fotosensibilidad severa o hipersensibilidad a otras fenotiazinas. Alteraciones cardiacas severas. La comedición con inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) u otros fármacos metabolizados por el citocromo P-450 2D6.

Categoría de riesgo en el embarazo C; en el tercer trimestre se han descrito efectos extrapiramidales ocasionales en el neonato. Lactancia: evitar lo posible.

o Nivel de uso:

Centros de salud, Hospitalario.

o Costo:

Tableta de 100 mg: C\$ 3.09 - C\$ 9.44

### **RISPERIDOL**

o **Farmacocinética:**

Se absorbe casi por completo después de la administración oral, alcanzando una concentración plasmática máxima dentro de la primera-segunda hora. Su absorción no es alterada por la comida, por lo que su administración puede ser con o sin los alimentos. Es metabolizado por el citocromo P-450 IID6 a 9-hidroxi-risperidona la cual posee una actividad farmacológica similar a la risperidona. La risperidona y la 9-hidroxi-risperidona juntas, forman la fracción antipsicótica activa. Otra vía metabólica es la N-dealquilación.

Se elimina con una vida media de aproximadamente 3 horas. La vida media de eliminación de 9-hidroxi-risperidona y de la fracción del antipsicótico activo es de 24 horas. El volumen de distribución es de 1-2 l/kg. En plasma, se une a la albúmina y alfa 1-glicoproteína ácida. La unión a proteínas plasmáticas de risperidona es de 88%, y para 9-hidroxi-risperidona es de 77%. Una semana después de la administración, el 70% de la dosis se excreta en la orina y 14% en las heces

o Indicaciones:

Está indicado en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, incluyendo primer episodio de psicosis, exacerbaciones esquizofrénicas agudas, esquizofrenia crónica, trastornos bipolares y otras condiciones psicóticas que cursen con signos positivos como: alucinaciones, delirios, ilusiones, alteraciones del pensamiento, hostilidad y/o síntomas negativos, como por ejemplo: aplanamiento afectivo, abandono. También se indica como terapia para la prevención de recaídas (exacerbaciones agudas) en pacientes con esquizofrenia crónica, para el tratamiento de trastornos de la conducta en pacientes con demencia en quienes síntomas como agresividad (arranques verbales, violencia física), trastornos en la actividad (agitación, vagabundeo) o síntomas psicóticos son prominentes. Es un estabilizador del humor.

o Dosis:

Esquizofrenia: Adultos: Puede ser administrado una o dos veces al día. Los pacientes deben iniciar con 2 mg al día. La dosis puede ser incrementada al segundo día a 4 mg. Esta dosis puede ser mantenida sin cambios o individualizarse si es necesario. La mayoría de los pacientes obtienen beneficios con dosis diarias entre 4 y 6 mg. Puede ser apropiado en algunos pacientes una fase de dosificación más lenta e iniciar con dosis menores de inicio y mantenimiento. Las dosis superiores a 10 mg al día no han demostrado mayor eficacia que las dosis bajas y pueden causar síntomas extrapiramidales. No se ha evaluado la seguridad en dosis mayores a 16 mg al día, por lo tanto, este nivel de dosis no deberá emplearse.

Se puede agregar una benzodiazepina cuando se requiera de sedación adicional. Pacientes de edad avanzada: Se recomienda una dosis inicial de 0.5 mg dos veces al día. Este esquema de dosis se puede ajustar en forma individual con incrementos de 0.5 mg dos veces al día hasta alcanzar 1 a 2 mg dos veces al día. Suele ser bien tolerado en pacientes de edad avanzada. Niños: Se recomienda una dosis inicial de 0.5 mg dos veces al día. Este esquema de dosis se puede ajustar en forma individual con incrementos de 0.5 mg dos veces al día hasta alcanzar 1 a 2 mg dos veces al día. Trastornos del comportamiento en pacientes con demencia: Se recomienda iniciar con una dosis de 0.25 mg dos veces al día. Esta dosis puede ser ajustada individualmente con incrementos de 0.25 mg dos veces al día, no más frecuentemente que al día siguiente, si es necesario. La dosis óptima en la mayoría de los pacientes es de 0.5 mg dos veces al día. Sin embargo, algunos pacientes pueden beneficiarse con dosis superiores a 1 mg dos veces al día. Una vez que se ha alcanzado la dosis adecuada para el paciente, se puede considerar el administrar la dosis necesaria una vez al día. Se recomienda iniciar con una dosis de 2 mg una vez al día. Esta dosis puede ser ajustada individualmente con incrementos de 2 mg/día no más frecuentemente que al día siguiente.

La mayoría de los pacientes alcanza un beneficio con dosis entre 2 y 6 mg/día. Trastornos de conducta y otros comportamientos disruptivos: Sujetos con peso > 50 kg: Se recomienda iniciar con una dosis de 0.5 mg una vez al día. Esta dosis puede ser ajustada individualmente, si es necesario, por incrementos de 0.5 mg/día no más frecuentemente que al día siguiente. La dosis óptima es 1 mg al día para la mayoría de los pacientes. Sin embargo, algunos pacientes pueden beneficiarse con 0.5 mg una vez al día, mientras que otros pueden requerir 1.5 mg una vez al día. Sujetos con peso < 50 kg: Se recomienda iniciar con una dosis de 0.25 mg una vez al día. Esta dosis puede ser ajustada individualmente, si es necesario, por incrementos de 0.25 mg/día no más frecuentemente que al día siguiente. La dosis óptima es 0.5 mg al día para la mayoría de los pacientes. Sin embargo, algunos pacientes pueden beneficiarse con 0.25 mg una vez al día, mientras que otros pueden requerir 0.75 mg una vez al día.

o Efectos adversos:

Comunes: Insomnio, agitación, ansiedad, cefalea. La sedación ha sido más frecuentemente en niños y adolescentes que en adultos. Menos comunes: Somnolencia, fatiga, mareos, problemas de concentración, constipación, dispepsia, náusea/vómito, dolor abdominal, visión borrosa, disfunción en la erección, disfunción en la eyaculación, disfunción orgásmica, incontinencia urinaria, rash y otras reacciones alérgicas. Presenta una menor propensión a desarrollar síntomas extrapiramidales que los neurolépticos clásicos. Sin embargo, en algunos casos pueden presentarse síntomas extrapiramidales: rigidez, hipersalivación. Hipotensión, taquicardia o hipertensión. Como con otros antipsicóticos, ocasionalmente en pacientes psicóticos, se han reportado casos de intoxicación por agua, debido a polidipsia o al síndrome de secreción inapropiada de la hormona antidiurética (SSIHA), síndrome neuroléptico maligno, alteraciones en la regulación de la temperatura corporal y convulsiones.

o Precauciones:

Está contraindicado en aquellos pacientes con hipersensibilidad conocida al producto. Depresión grave por alcoholismo o por depresores del SNC, pacientes comatosos o Parkinson. En pacientes con insuficiencia cardiaca, infarto al miocardio, anormalidades de la conducción, deshidratación, o enfermedades cerebrovasculares. Se deberá tener precaución cuando se traten pacientes con epilepsia. Se podrá sugerir a los pacientes eviten el consumo excesivo de alimentos a fin de reducir la posibilidad de aumento de peso. Los pacientes deben ser advertidos de no manejar o utilizar maquinarias. Sólo debe ser usado en el embarazo si los beneficios sobrepasan los riesgos. No dar alimentación al seno materno.

o Interacciones medicamentosas:

Puede antagonizar los efectos de la levodopa y otros agonistas de la dopamina. Carbamazepina, Las Fenotiazinas, los antidepresivos tricíclicos y algunos beta-bloqueadores, pueden incrementar las concentraciones plasmáticas de Risperidona, pero no las de la fracción antipsicótica.

### DISEÑO METODOLÓGICO.

#### Tipo y diseño de estudio:

Estudio Descriptivo, retrospectivo, de corte transversal del tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS.

#### Área de estudio:

Área de Psiquiatría del HEODRA y el CAPS.

#### Universo de estudio:

Todos los pacientes psicóticos que han sido hospitalizados en el área de psiquiatría del HEODRA y los que acuden a consultas al CAPS, en el período comprendido de Enero a Marzo del año 2005.

#### Selección y Tamaño de la muestra:

Los 224 pacientes que se hospitalizaron en el HEODRA y que asistieron a consulta al CAPS, con diagnóstico de trastornos psicóticos.

#### Forma de selección de la Muestra:

Mediante un muestreo probabilístico, aleatorio simple. Todos los pacientes tenían la posibilidad de ser seleccionados, ya que todos los expedientes tenían el mismo diagnóstico.

#### Instrumento:

Ficha elaborada por los investigadores.

#### Fuente de información:

Secundaria, (expedientes clínicos)



Recolección de la Información:

Mediante ficha elaborada por investigadores con preguntas cerradas, se recolectó información de los expedientes clínicos seleccionados de pacientes hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios del CAPS bajo diagnóstico de trastornos psicóticos en el período de Enero a Marzo del año 2005; solicitándose archivos y perfil fármaco terapéutico.

Variables:

- \* Trastornos psicóticos de mayor prevalencia
- \* Estado civil
- \* Escolaridad
- \* Edad
- \* Sexo
- \* Antipsicóticos más utilizados en el HEODRA y CAPS
- \* Tratamiento no farmacológico.
- \* Monoterapia y/o combinación de fármacos
- \* Síntomas de trastornos psicóticos
- \* Situaciones predisponentes de crisis psicótica.

Operacionalización de variables.

No.	Variable	Definición	Escala o valor	Indicador
1	Trastornos psicóticos de mayor prevalencia	Alteraciones mentales que invierten el orden conductual del individuo sobre las demás enfermedades mentales.	Esquizofrenia P. orgánica P. por drogas P. afectiva	%
2	Estado civil	Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad.	Soltero(a) Casado(a)	%
3	Escolaridad	Nivel de estudios alcanzados por los pacientes que son materia de estudio.	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad	%
4	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo.	Menor 8 años 9-16 17-24 25-32 33-40 41-48 49-56 57-64 mayores 65	%
5	Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.	Masculino Femenino	%

No.	Variable	Definición	Escala o valor	Indicador
6	Antipsicóticos mas utilizados	Medicamentos o drogas eficaces en patologías psicóticas u otros estados de agitación, alucinaciones, e ideas delirantes; afectando los sistemas de integración del cerebro.	Haloperidol Amitriptilina Alprazolam Lorazepam Carbamacepina Risperidol Imipramina Clordiazepoxido Diazepam Tioridozina	%
7	Tratamiento no farmacológico	Terapéutica empleada sin administración de fármacos.	Atención psicológica	%
8	Terapéutica	Utilización de un solo medicamento para tratar la enfermedad; O varios medicamentos utilizados para el tratamiento.	Monoterapia Combinación de fármacos	%

No.	Variable	Definición	Escala o valor	Indicador
9	Síntomas de trastornos psicóticos	Fenómenos que revelan un trastorno funcional, lesión o estado particular.	Alucinación Delirio Ansiedad Nerviosismo Depresión Agresividad Insomnio Intento de suicidio	%
10	Situaciones predisponentes de crisis psicótica	Condiciones características que inclinan al individuo a desarrollar una crisis psicótica.	Violencia intrafamiliar Abuso sexual Divorcios Muerte de familiar	%

Cruce de variables:

Trastornos psicóticos de mayor prevalencia Vs frecuencia

Estado civil Vs frecuencia

Escolaridad Vs frecuencia

Edad Vs frecuencia

Sexo Vs frecuencia

Tratamiento farmacológico antipsicótico más utilizado Vs frecuencia

Tratamiento farmacológico Vs Tratamiento no farmacológico

Monoterapia Vs combinación de fármacos

Síntomas de trastornos psicóticos Vs frecuencia

Situaciones predisponentes de crisis psicótica Vs frecuencia

Plan de análisis:

Luego de la recolección de datos, se procedió a llenar las fichas elaboradas por los investigadores, las cuales se procesaron mediante método de palotes, de forma manual, se analizaron utilizando el método estadístico descriptivo simple del paquete de programas Microsoft Windows XP, y Microsoft Office 2003 para el procesamiento de tablas y gráficos de diagrama de barra y de pastel, con sus respectivas frecuencias y porcentajes en valores absolutos, para dar cumplimiento a los objetivos planteados en esta investigación.

### **RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

Se realizó el presente estudio en el área de Psiquiatría del HEODRA y del CAPS, de la ciudad de León, para Evaluar el tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes diagnosticados con trastornos psicóticos en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005.

Se revisaron 224 expedientes clínicos de los cuales se obtuvo los siguientes resultados:

1) Se logro identificar los trastornos psicóticos de mayor prevalencia como esquizofrenia (38.9%) psicosis por abuso de drogas (33.5%) seguida por psicosis afectiva (20.5%) y en menos casos psicosis orgánica (7.1%) Tabla No. 1 y Gráfico No. 1.

Se considera que la Esquizofrenia es el trastorno psicótico más conocido y de mayor prevalencia por ser la patología que mejor se identifica con todos los síntomas que presentan cada uno de los pacientes de estudio al acudir a los centros de atención médica.

El alto índice de psicosis por abuso de drogas, puede ser por el consumo excesivo de sustancias medicamentosas por parte del paciente como los analgésicos y anticonvulsivantes, por intoxicación o abstinencia a sustancias perjudiciales para la salud como el alcohol, cocaína, alucinógenos, opioides, etc.

A diferencia de estas patologías, la psicosis orgánica y afectiva, se originan por una enfermedad sistémica y por combinaciones de síntomas depresivos con maníacos, respectivamente. Quedando fuera del alcance del paciente evitar el desarrollo de estos trastornos.

### ANÁLISIS DE RESULTADOS NO.2:

2) Se identifico que los pacientes con trastornos psicóticos tienden ser de estado civil soltero con 67.5% y casado con 32.5% en su minoría. Tabla No. 2 y Gráfico No. 2.

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.

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS NO.3:**

3) De acuerdo a la escolaridad se obtuvo: nivel primaria con 95 pacientes (42.45%) secundaria con 74 pacientes (33%) analfabeta con 29 pacientes (12.95%) universidad con 26 pacientes (11.6%) Tabla No.3 y Gráfico No.3

Se reconoce la prevalencia de escolaridad en el nivel de primaria y el de secundaria debido a que los síntomas de los trastornos psicóticos tienen mayor incidencia en el transcurso o después de la adolescencia por lo que se les dificulta continuar con estudios superiores.

La mayor parte de los esquizofrénicos no logran alcanzar un nivel profesional elevado ni tampoco llegan a tener experiencia laboral debido a un bajo rendimiento. Esto hace que, con frecuencia, dependan económicamente de sus familiares y que cuando sus padres fallecen, pasan a depender de las instituciones del estado.



#### **ANÁLISIS DE RESULTADOS NO.4:**

4) El grupo etáreo más afectado con trastornos psicóticos corresponde a edades de 17-24 años con 23.66%, seguidas en orden de frecuencia por el grupo de 25-32 años con 19.20%, el de 9-16 años con 16.96 %, el de 33-40 años con 12.94%, el de 41-48 años con 8.92%, el de 49-56 años con 5.81%, y en menor frecuencia el grupo de 57-64 años y mayores de 65 años con 3.8% respectivamente, en comparación con el grupo de los menores de 8 años con 4.91%. El grupo de jóvenes adultos tiene mayor predisposición a desarrollar trastornos psicóticos. Tabla No. 4 y Gráfico No. 4.

Epidemiológicamente, cualquier tipo de trastorno psicótico, inicia antes de los 45 años, siendo la edad pico de aparición entre 15-25 años, explicación de la incidencia en nuestro estudio a pacientes entre esas edades; se considera que entre los 45-79 años pueden iniciarse posiblemente debido a los efectos antidopaminérgicos de los estrógenos, e incluso suelen presentarse en niños menores de 8 años asociándose en la mayoría de las veces a trastornos psicosocial.

**ANÁLISIS DE RESULTADOS NO.5:**

5) Afecta con mayor frecuencia al sexo femenino con 53.6% que al masculino con 46.4%. Tabla No. 5 y Grafico No. 5

Debido que el sexo femenino es más susceptible que el masculino a problemas de diferente índole la convierte en más vulnerable psicológica, física y emocionalmente, tienen una mayor probabilidad de padecer de estas patologías.

Se considera que la prevalencia del sexo femenino, puede deberse a que las mujeres tienen mayor presencia de estrógenos en su cuerpo, los cuales alteran de una manera u otra el efecto dopaminérgico en las neuronas, facilitando que se produzca algún tipo de trastorno psicótico.

#### ANÁLISIS DE RESULTADOS NO.6:

6) Los antipsicóticos más utilizados en el HEODRA con 100% de combinación de fármacos son el Haloperidol(36%) Diazepam (22%) Amitriptilina (14%) Fenobarbital(14%) Akineton(7%) Difenhidramina(7%) Tabla No. 6.1 y Gráfico No. 6.1

En la terapia antipsicótica empleada en el CAPS por monodosis (45%) se encontro Alprazolam ( 14.5%) Haloperidol (14.5%) Amitriptilina (14.5%) Lorazepam (13.8%) Diazepam (12.3%) Carbamazepina (7.3%) Clordiazepoxido (5.8%) Risperidol (5.8%) Akineton (2.9%) Tioridazina (2.9%) Difenilhidantoina (2.1%) Imipramina(1.5%) Tabla No. 6.2 y Gráfico No. 6.2.

Considerando la situación económica por la que atraviesa el HEODRA, este no dispone de los fármacos antipsicóticos más actuales para administrar a pacientes que acuden por asistencia médica con características de crisis psicóticas. Por lo que emplean únicamente el Haloperidol como antipsicótico, combinado con ansiolíticos, antidepresivos, antiepilépticos y antiparkinsonianos, según sea el caso de cada paciente, y en aquellos pacientes que presentan hipersensibilidad alérgica medicamentosa se apoyan con Difenhidramina.

En el caso del CAPS, se considera que la prescripción de Antipsicóticos es más amplia, utilizando en mayor medida fármacos accesibles para los pacientes como Haloperidol, Risperidol y Tioridazina. Al presentar mayor eficacia antipsicótica se prefiere la monodosis. En casos menos graves, la terapéutica de mantenimiento se basa en ansiolíticos y tranquilizantes, antidepresivos y anticonvulsivantes. Según características de cada paciente y edad.

**ANÁLISIS DE RESULTADOS NO.7:**

7) Del manejo de farmacoterapia el 68% de los pacientes recibieron fármacos antipsicóticos, y 32% recibieron solamente terapia psicológica. Tabla No. 7 y Gráfico No. 7.

Considerando la muestra total, se prefiere emplear a pacientes con trastornos psicóticos tratamiento farmacológico, ya que los casos en su mayoría presentan estados graves de agitación y ansiedad, por lo que resulta más conveniente tranquilizar al paciente el mayor tiempo posible, con el fin de evitar recaídas; A diferencia de los niños menores de 12 años, a quienes se les prefiere emplear tratamiento no farmacológico utilizando solamente atención psicológica.

**ANÁLISIS DE RESULTADOS NO. 8:**

8) 96% de los pacientes recibió combinación de fármacos y un 4% monoterapia antipsicótica. Tabla No. 8 y Gráfico No. 8.

Considerando la inaccesibilidad del HEODRA a fármacos antipsicóticos, disponiendo de uno de ellos, eligen emplear polimedicación para obtener a mayor eficacia y a la vez potencializar el efecto de dichos fármacos, dando como resultado tranquilizar al paciente.

La monoterapia es recomendada en casos leves de psicosis.

### ANÁLISIS DE RESULTADOS NO.9:

9) Otro de los factores predisponentes a que se desarrollen trastornos psicóticos son situaciones tales como abuso sexual (41%) violencia intrafamiliar (27.2%) separación de pareja(22.8%)o muerte de un familiar(9%) Tabla No. 9 y Gráfico No. 9.

El abuso sexual es una situación involuntaria muy dolorosa que afecta a la victima tanto física como psicológicamente, perjudicando en gran manera la forma de afrontar problemas de cualquier índole, minimizando su capacidad de enfrentarse por sí solo(a) ante la sociedad.

Violencia intrafamiliar, representa un alto índice en los trastornos psicológicos de todo ser humano, cuando se presentan con mayor frecuencia, empiezan a surgir en los pacientes síntomas de desequilibrio mental que favorecen a esclarecer el respectivo diagnostico para posteriormente emplear alguna terapia farmacológica.

Cualquier situación que afecte el estado emocional de una persona como la separación de su pareja o muerte de un ser querido, y no recibe apoyo psicológico inmediato, tiene mayor probabilidad de desarrollar inconscientemente algún tipo de trastorno psicótico al quedar en estados de ansiedad y depresión.

#### **ANÁLISIS DE RESULTADOS NO.10:**

10) La frecuencia de síntomas presentados por los pacientes fue muy variable ya que 90 pacientes con (40.2%) presentaban depresión siendo este el síntoma más frecuente, luego ansiedad (17%) insomnio (12%) agresividad (10.8%) alucinación (7.6%) nerviosismo (7.1%) de estos presentaba intento de suicidio (3%) y delirios (1.8%) Tabla No. 10 y Gráfico No. 10.

La depresión, la ansiedad, el insomnio y la agresividad son síntomas característicos que ayudan a identificar cuando un paciente sufre de algún trastorno psicótico, y según la frecuencia se determina el tipo de trastorno, en la mayoría de los casos Esquizofrenia. Y, esclarecido el diagnóstico se selecciona al tratamiento adecuado.

Las alucinaciones, delirios, intentos de suicidio apoyan al diagnóstico diferencial de algún otro trastorno psicológico que pueda solucionarse poco a poco con atención psicológica especializada constante.

### CONCLUSIONES:

- ❖ Los trastornos psicóticos de mayor prevalencia le corresponde a la Esquizofrenia y psicosis por abuso de drogas.
- ❖ El ser soltera(o), y de escolaridad primaria son los factores índices en pacientes con trastornos psicóticos.
- ❖ El grupo etareo más afectado por trastornos psicóticos es el de 17-24 años; Siendo representado en su mayoría por el sexo femenino.
- ❖ Los fármacos antipsicóticos más utilizados al nivel general son el Haloperidol, Risperidol, y Tioridazina, combinados con ansiolíticos, Alprazolam, Diazepam, Lorazepam, y Clordiazepoxido, antidepressivos, Amitriptilina, Carbamazepina, Imipramina, antiepilépticos, Fenobarbital, Akineton, Difenilhidantoina, y antialérgicos, Difenhidramina; en distintas vías de administración, según su uso intra o extra hospitalario. En casos de trastornos psicóticos en el HEODRA se prefiere utilizar Haloperidol y Diazepam por IV; y en el CAPS, Haloperidol, Alprazolam y Amitriptilina por VO.
- ❖ El tratamiento no farmacológico es indispensable para que el farmacológico pueda tener éxito, sin embargo en niños menores de 8 años no se necesita terapia farmacológica, es suficiente el apoyo psicológico.
- ❖ La combinación de fármacos antipsicóticos y ansiolíticos, resulta con mayor eficacia en pacientes con cuadros severos; la monoterapia es recomendada para casos de sintomatología leve.
- ❖ El tratamiento farmacológico en pacientes con trastornos psicóticos de acuerdo a los expedientes clínicos es el adecuado según el diagnóstico establecido, ya que se cumplen con los 79 objetivos terapéuticos de este conjunto de patologías.



**RECOMENDACIONES:**

- ❖ Los fármacos antipsicóticos se consideran de gran impacto en la psiquiatría y en las vidas de los esquizofrénicos. Por lo que se deberían realizar estudios a profundidad con respecto a la situación actual de estas patologías en la ciudad de León.
  
- ❖ Brindar Psicoeducación al paciente y a la familia sobre la enfermedad, pues a menudo suelen ser una enfermedad crónica, la cual requiere de atención médica continua, como la hipertensión y la diabetes.
  
- ❖ No es recomendable combinar antipsicóticos. Ningún estudio ha probado la eficacia de la combinación de antipsicóticos en pacientes refractarios a la monoterapia. Por el contrario, dichas combinaciones se asocian a un mayor número de eventos adversos y costos.
  
- ❖ Es válido recordar que los antipsicóticos, no causan adicción, pero si dependencia física, por lo que deben suspenderse en forma lenta.

=

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Formulario Terapéutico Nacional. 4ª. Edición. Republica de Nicaragua. MINSA. 1998.
2. Formulario Nacional de Medicamentos. 6ª. Edición. Republica de Nicaragua. MINSA. 2005.
3. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15va. Edición. Vol. 1 Editorial Mc Graw Hill. 2002.
4. Katzung Bertram. Farmacología Básica y Clínica. 5ª. Edición. Editorial Manual Moderno. México.1994.
5. Pequeño Larousse ilustrado. Ediciones Arousse. Paris. 1976
6. PLM. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. Edición 3. Editorial PLM, S.A. Thomson Healthcare. CAD 2001. Colombia.
7. [www.alcmeon.com.ar/10/40/ucha%20udabe.htm](http://www.alcmeon.com.ar/10/40/ucha%20udabe.htm)
8. <http://www.biopsicologia.net/fichas/page-7577.html>
9. [www.cutimia.com/psicofarmacos/antipsicoticos.htm](http://www.cutimia.com/psicofarmacos/antipsicoticos.htm)
10. [www.elmedicointeractivo.com/formacion-acre2004/tema7/tsmentalesss2.htm](http://www.elmedicointeractivo.com/formacion-acre2004/tema7/tsmentalesss2.htm)
11. [www.lanzadera.com/mental](http://www.lanzadera.com/mental)
12. [www.med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/clas2do/psicofarmacos.pdf](http://www.med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/clas2do/psicofarmacos.pdf)
13. [www.mind-surf.net/drogas/antipsicoticos.htm](http://www.mind-surf.net/drogas/antipsicoticos.htm)
14. <http://neuroweb.prdigital.com/AP1.html>
15. <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie-10/cie10-f23.html>
16. <http://www.psicofarmacologia.bizland.com/esquizo.html>
17. [html.rincondelvago.com/antipsicoticos.html](http://html.rincondelvago.com/antipsicoticos.html)
18. [http://salud.discapnet.es/guías+de+salud+mental/trastornos psicoticos.htm](http://salud.discapnet.es/guías+de+salud+mental/trastornos+psicoticos.htm)
19. [www.ugr.es/~morrillas/temas/psicodep.htm](http://www.ugr.es/~morrillas/temas/psicodep.htm)
20. [www.uam.es/departamentos/medicina/farmacologia/especifica/F-general/FG-T22.pdf](http://www.uam.es/departamentos/medicina/farmacologia/especifica/F-general/FG-T22.pdf)
21. <http://um-jmh.org/healthlibrary/meds-SP/SP-antipsychotics.html>

"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

---

---

=

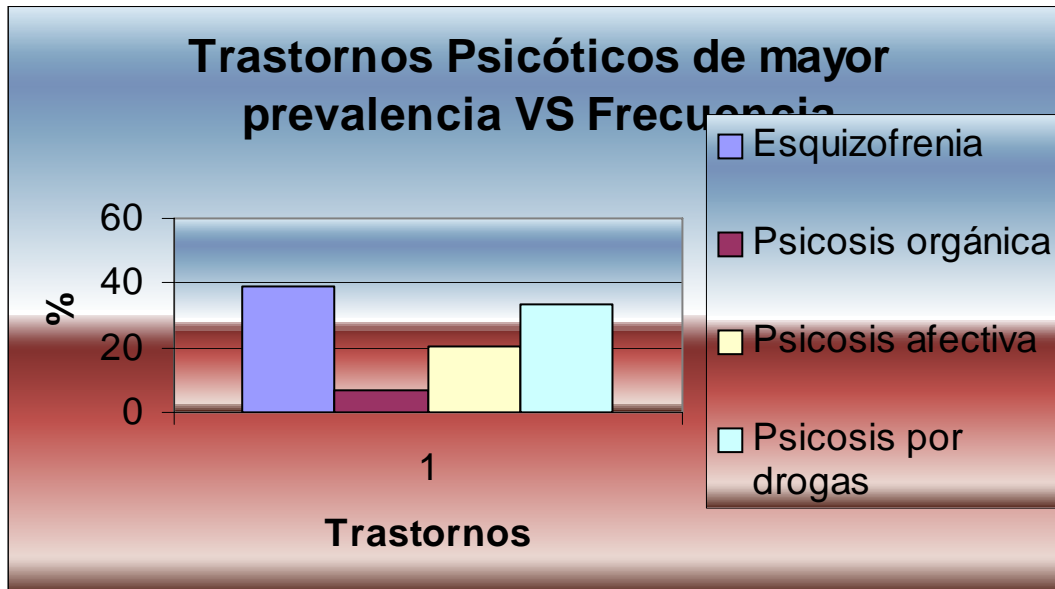
# ANEXOS

=

**Tabla No. 1:**

**Trastornos psicóticos de mayor prevalencia Vs frecuencia**

Trastornos	F	%
Esquizofrenia	87	38.9
Psicosis orgánica	16	7.1
Psicosis afectiva	46	20.5
Psicosis por drogas	75	33.5
Total	224	100



Fuente: Expedientes clínicos del HEODRA y del CAPS.

Leyenda: la presente tabla representa la prevalencia VS frecuencia y su porcentaje de los trastornos psicóticos

"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

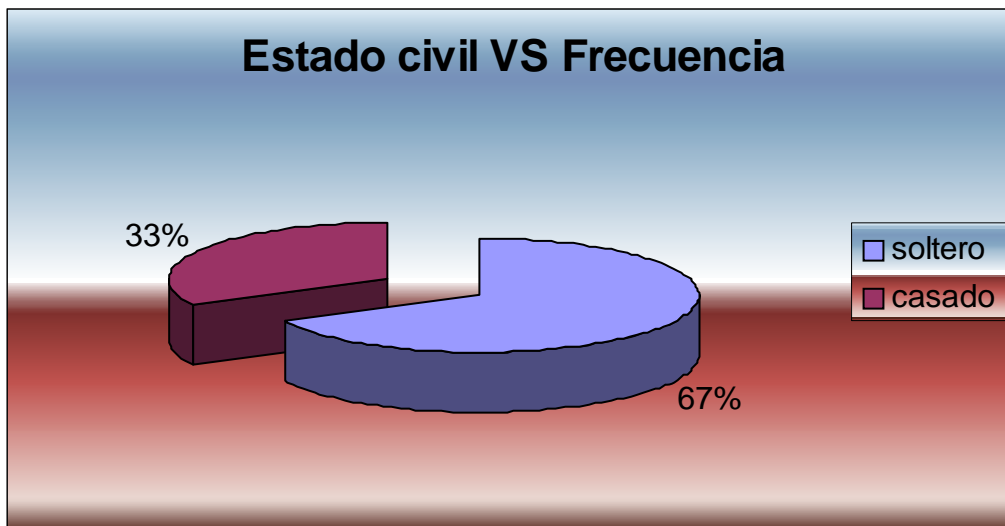
---

---

=

**Tabla No. 2:**

Estado civil	F	%
Soltero	151	67.5
Casado	73	32.5
Total	224	100



Fuente: Expedientes clínicos del HEODRA y del CAPS.

Leyenda: la presente tabla representa el estado civil de los pacientes en estudio VS su frecuencia y sus porcentajes.

"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

---

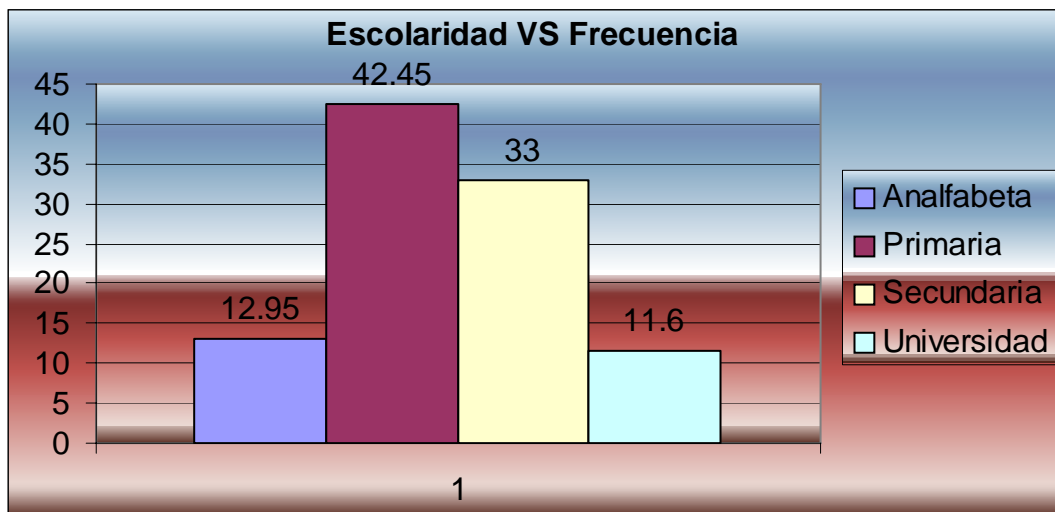


---

=

**Tabla No. 3:**

Escolaridad	F	%
Analfabeta	29	12.95
Primaria	95	42.45
Secundaria	74	33
Universidad	26	11.6
Total	224	100



Fuente: Expedientes clínicos del HEODRA y del CAPS.

Leyenda: la presente tabla representa la escolaridad VS su frecuencia y su porcentaje.

"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

---

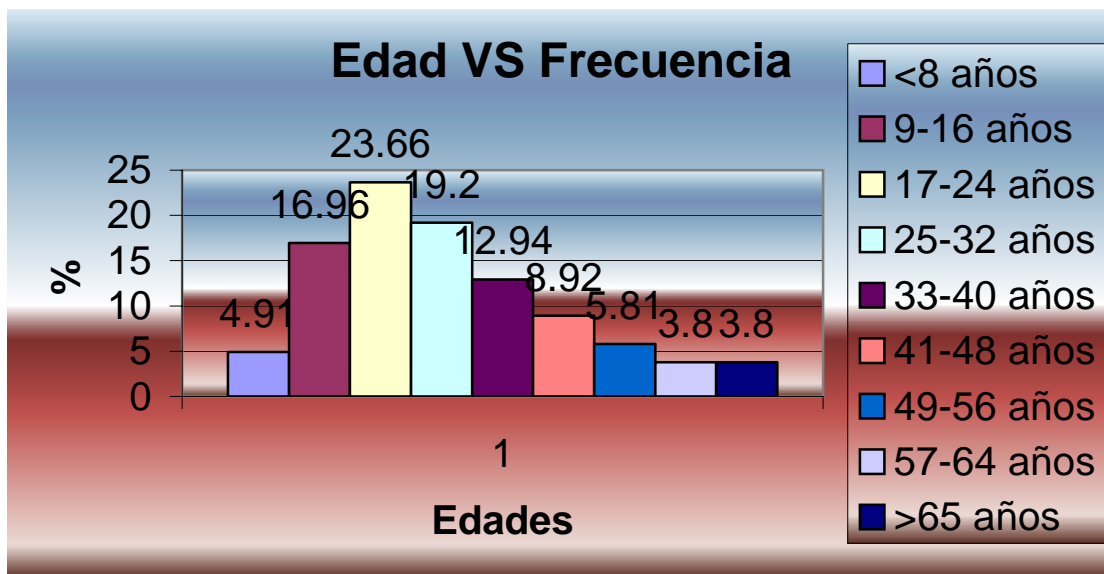


---

=

**Tabla No. 4:**

Edad	F	%
< 8 años	11	4.91
9-16 años	38	16.96
17-24 años	53	23.66
25-32 años	43	19.2
33-40 años	29	12.94
41-48 años	20	8.92
49-56 años	13	5.81
57-64 años	19	3.8
>65 años	9	3.8
Total	224	100



Fuente: Expedientes clínicos del HEODRA y del CAPS.

Leyenda: la presente tabla representa la edad Vs frecuencia y sus porcentajes de los pacientes con trastornos psicóticos.

"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

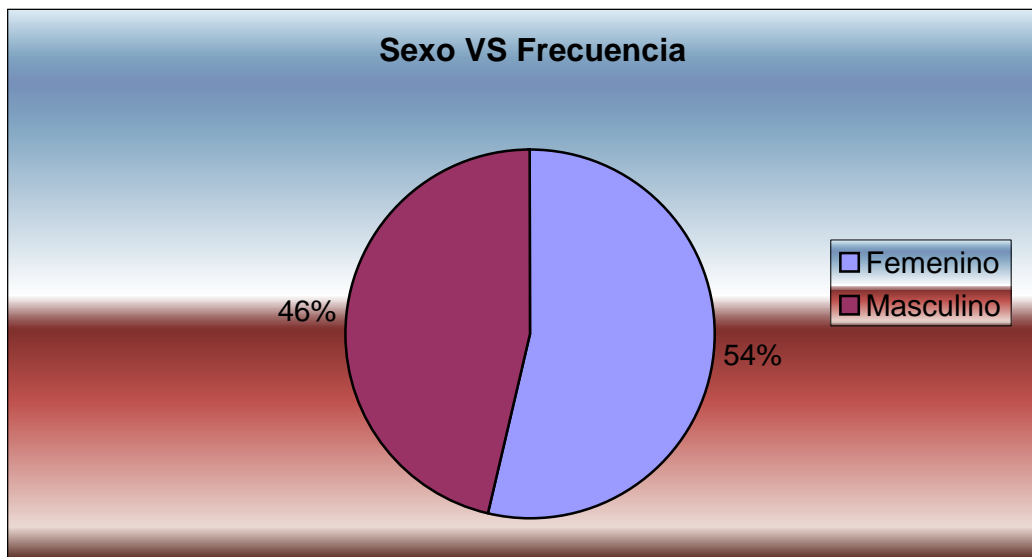
---

---

=

**Tabla No. 5:**

Sexo	F	%
Femenino	120	53.6
Masculino	104	46.4
Total	224	100



Fuente: Expedientes clínicos del HEODRA y del CAPS.

Leyenda: la presente tabla representa el sexo VS frecuencia y sus porcentajes.



"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

---



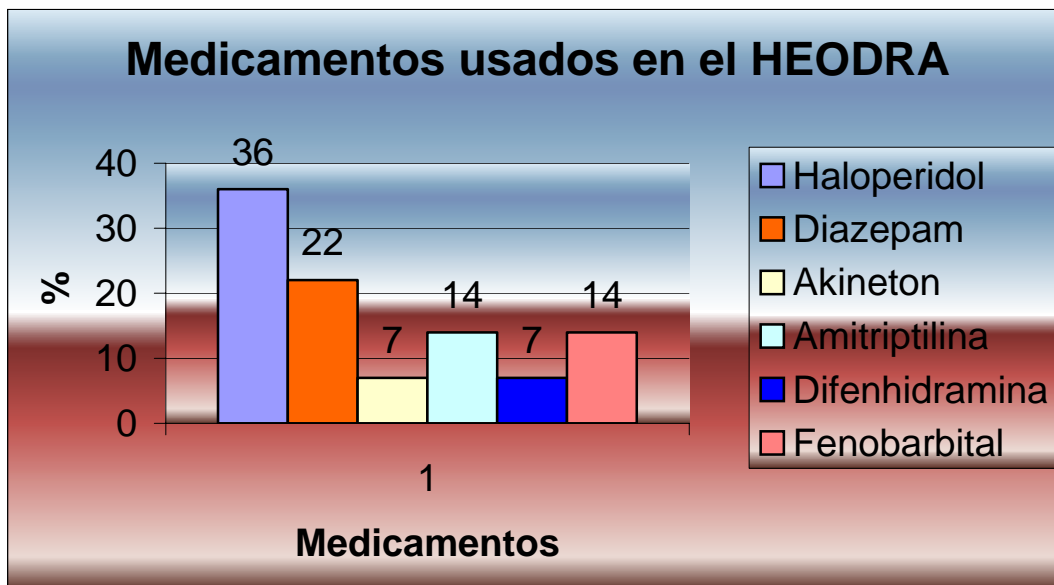
---

=

**Tabla No. 6.1:**

**Medicamentos utilizados en el HEODRA Vs frecuencia**

Medicamentos	F	%
Haloperidol	5	36
Diazepam	3	22
Akineton	1	7
Amitriptilina	2	14
Difenhidramina	1	7
Fenobarbital	2	14
	14	100



Fuente: Expedientes clínicos del HEODRA y del CAPS.

Leyenda: la presente tabla representa los medicamentos más usados en el HEODRA VS frecuencia y sus porcentajes.

"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

---



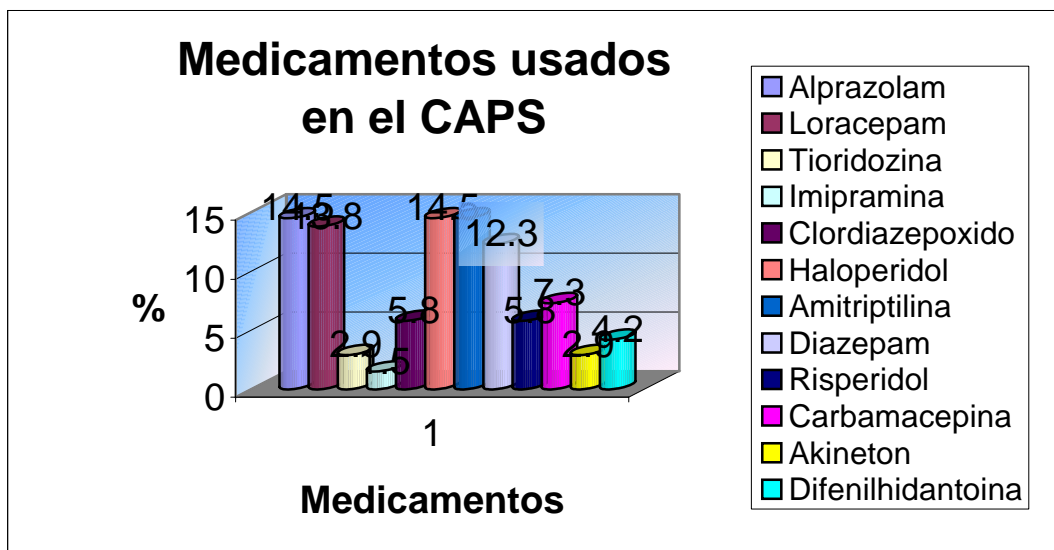
---

=

**Tabla No. 6.2:**

**Medicamentos utilizados en el CAPS Vs frecuencia**

Medicamentos	F	%
Alprazolam	20	14.5
Loracepam	19	13.8
Tioridozina	4	2.9
Imipramina	2	1.5
Clordiazepoxido	8	5.8
Haloperidol	20	14.5
Amitriptilina	20	14.5
Diazepam	17	12.3
Risperidol	8	5.8
Carbamacepina	10	7.3
Akineton	4	2.9
Difenilhidantoina	6	4.2
Total	138	100



Fuente: Expedientes clínicos del HEODRA y del CAPS.

Leyenda: la presente tabla representa los medicamentos más usados en el CAPS VS frecuencia y sus porcentajes.

"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

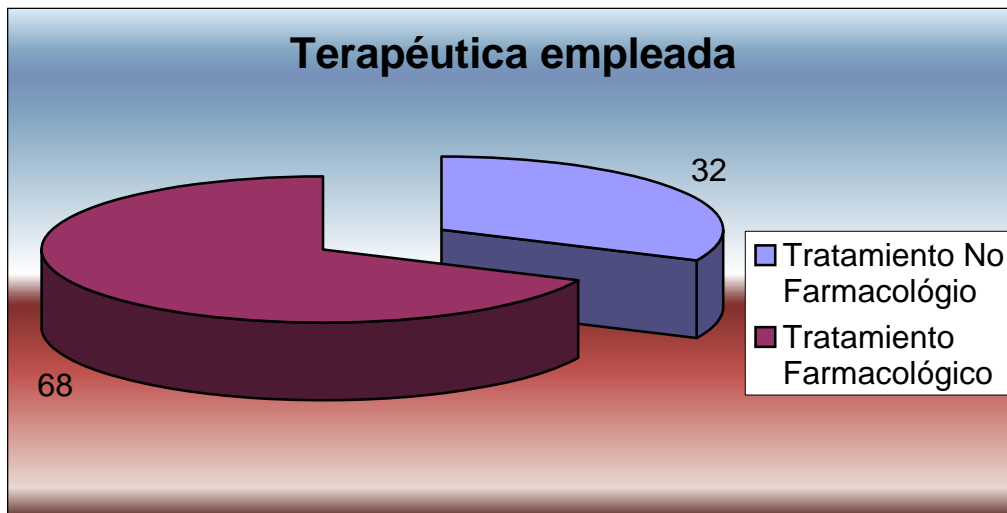
---

---

=

**Tabla No. 7:**

Terapéutica	F	%
Tratamiento no farmacológico	72	32
Tratamiento farmacológico	154	68
Total	224	100



Fuente: Expedientes clínicos del HEODRA y del CAPS.

Leyenda: la presente tabla representa la terapéutica empleada VS frecuencia y sus porcentajes.

"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

---

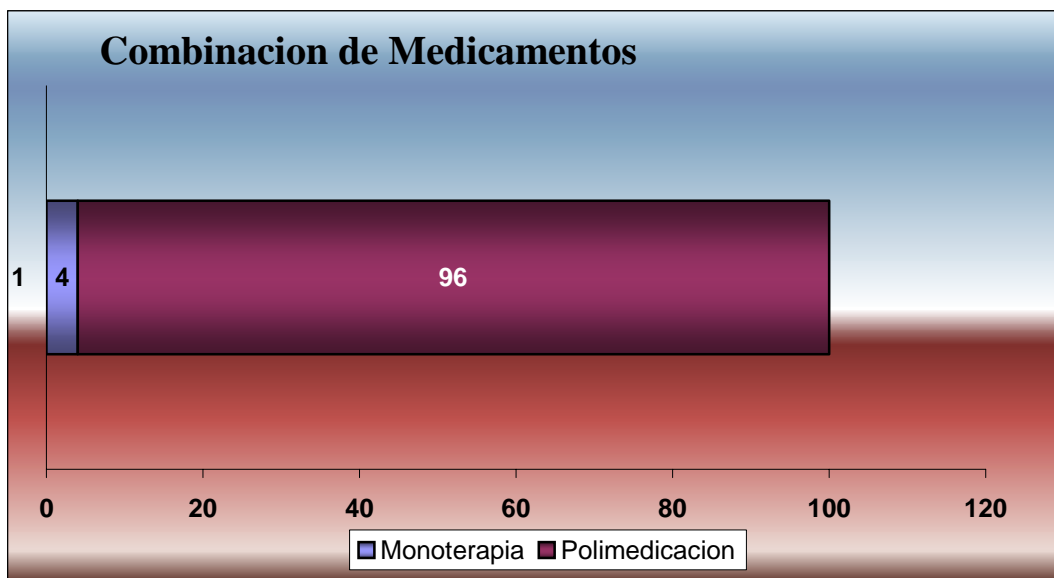


---

=

**Tabla No. 8:**

Combinación	F	%
Monoterapia	6	4
Polimedicación	146	96
Total	152	100



Fuente: Expedientes clínicos del HEODRA y del CAPS.

Leyenda: la presente tabla representa el uso de combinación de medicamentos VS frecuencia y sus porcentajes.

"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

---

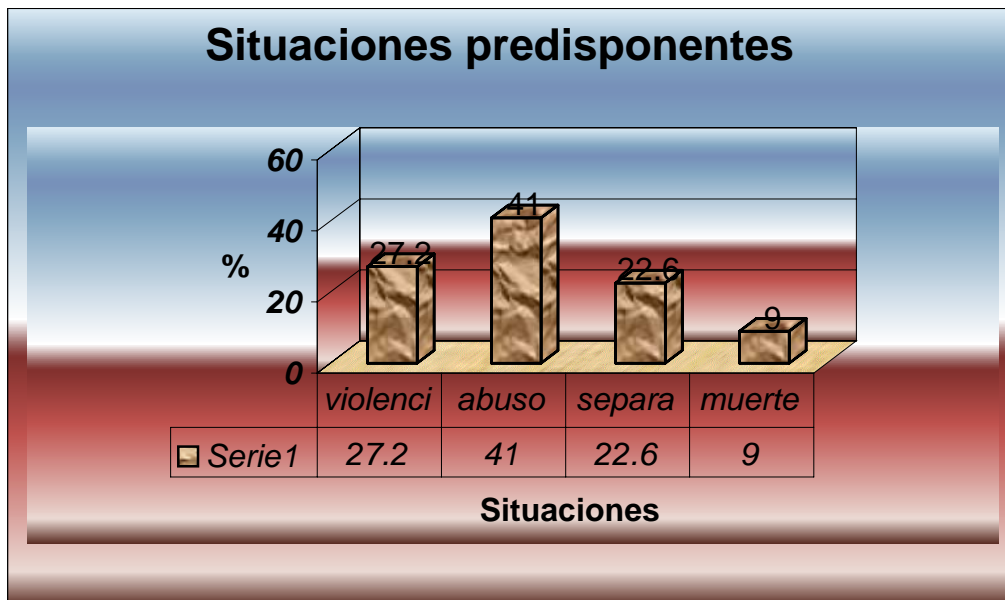


---

=

**Tabla No. 9:**

Situación	F	%
Violencia intrafamiliar	61	27.2
Abuso sexual	92	41
Separación de pareja	51	22.6
Muerte de familiar	20	9
Total	224	100



Fuente: Expedientes clínicos del HEODRA y del CAPS.

Leyenda: la presente tabla representa las situaciones predisponentes de crisis psicóticas VS frecuencia y sus porcentajes.

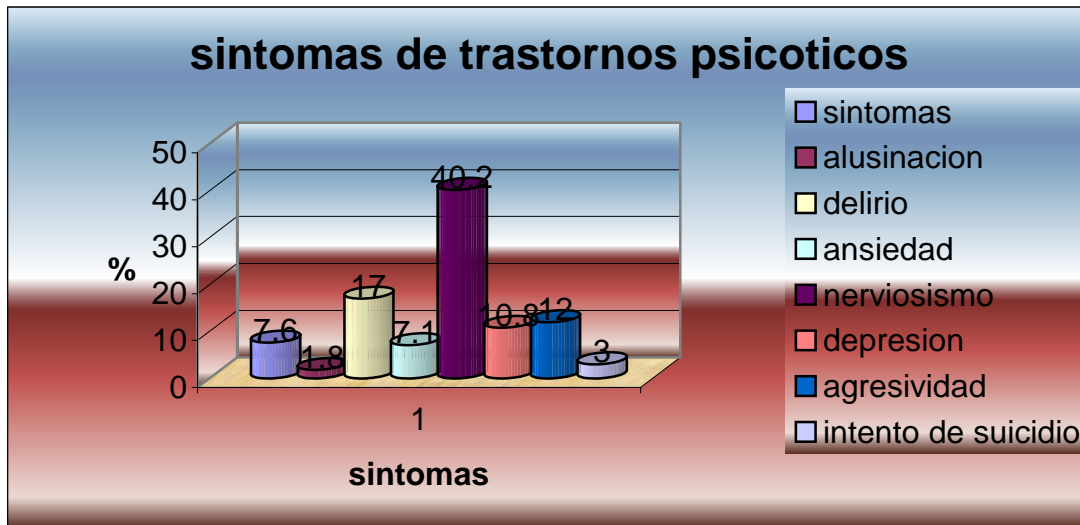
"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

=

**Tabla No. 10:**

**Síntomas de trastornos psicóticos**

Síntomas	F	%
Alucinación	17	7.6
Delirio	4	1.8
Ansiedad	38	17
Nerviosismo	16	7.1
Depresión	90	40.2
Agresividad	24	10.8
Insomnio	27	12
Intento de suicidio	8	3
Total	224	100



Fuente: Expedientes clínicos del HEODRA y del CAPS.

Leyenda: la presente tabla representa los síntomas de trastornos psicóticos VS frecuencia y sus porcentajes.

"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

---

---

=

Área de servicios farmacéuticos  
Facultad de ciencias químicas  
Farmacia

"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, León, Enero - Marzo 2005"

Ficha de Recolección de datos:

CAPS \_\_\_\_\_  
HEODRA \_\_\_\_\_

Edad:

< de 8 años \_\_\_\_\_  
9-16 años \_\_\_\_\_  
17-24 \_\_\_\_\_  
25-35 \_\_\_\_\_  
33-40 \_\_\_\_\_  
41-48 \_\_\_\_\_  
49-56 \_\_\_\_\_  
57-64 \_\_\_\_\_  
>65 \_\_\_\_\_

Sexo:

Femenino \_\_\_\_\_  
Masculino \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero(a) \_\_\_\_\_  
Casado(a) \_\_\_\_\_

Escolaridad:

Analfabeta \_\_\_\_\_  
Primaria \_\_\_\_\_  
Secundaria \_\_\_\_\_  
Universidad \_\_\_\_\_

Diagnostico de trastorno psicótico:

Esquizofrenia \_\_\_\_\_  
Psicosis afectiva \_\_\_\_\_  
Psicosis por drogas \_\_\_\_\_  
Psicosis orgánica \_\_\_\_\_

Los síntomas presentes:

Alucinación \_\_\_\_\_  
Agresividad \_\_\_\_\_  
Ansiedad \_\_\_\_\_  
Delirio \_\_\_\_\_  
Depresión \_\_\_\_\_  
Insomnio \_\_\_\_\_  
Intento de suicidio \_\_\_\_\_  
Nerviosismo \_\_\_\_\_

"Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2005"

---

---

=

Situaciones predisponentes:

Violencia intrafamiliar\_\_\_\_\_

Abuso sexual\_\_\_\_\_

Separación de pareja\_\_\_\_\_

Muerte de familiar\_\_\_\_\_

Farmacoterapia:

Tratamiento farmacológico\_\_\_\_\_

Tratamiento no farmacológico\_\_\_\_\_

Cantidad de fármacos utilizados:

Monoterapia\_\_\_\_\_

Combinación de fármacos\_\_\_\_\_

Fármacos del HEODRA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fármacos del CAPS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_