

11241

32
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL

Título:

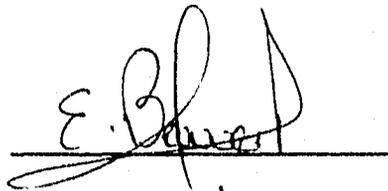
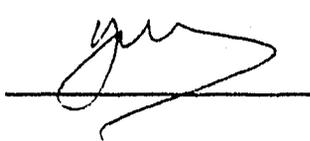
Relación entre efectos extrapiramidales inducidos por neuroléptico,
percibidos por el paciente y sus familiares.

Alumno:

Dra. Ma. Soledad Rodríguez Verdugo.

TUTOR TEORICO

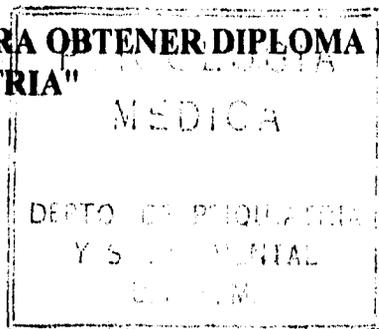
TUTOR METODOLOGICO



Dr. Héctor Ortega Soto

Dra. Elizabeth Brunner R.

TESIS PARA OBTENER DIPLOMA DE "ESPECIALIZACION EN
PSIQUIATRIA"



AÑO: 1993-1996.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Introducción.

Los efectos extrapiramidales secundarios a la administración de neurolépticos en el tratamiento de varias enfermedades mentales, especialmente la esquizofrenia, son la causa que muchos de los familiares dejen de administrarlos a sus pacientes. Esto da lugar a un empeoramiento del estado del paciente y provoca un mayor índice de recaídas o de falta de apego al tratamiento establecido. Evidentemente el paciente percibe un grado de severidad en los efectos secundarios diferente que el percibido por los familiares.

Antecedentes .

La importancia psiquiátrica de los trastornos esquizofrénicos apenas precisa ser probada. Históricamente, del 1-2 % de la población es diagnosticada como esquizofrénica, y muchos de los sujetos afectados tienen un curso crónico.

La enfermedad afecta frecuentemente a adultos jóvenes y puede producir graves incapacidades psicológicas, sociales y profesionales durante los años potencialmente más productivos y creativos de una persona. En la esquizofrenia, el índice de suicidios no solo es superior al registrado en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, sino que la muerte suele producirse en una época relativamente temprana de la vida (3).

Es difícil obtener la verdadera incidencia de la esquizofrenia debido a los problemas de identificación de la fecha de comienzo de la enfermedad. La mayoría de los índices son de prevalencia tratada, los cuales varían, según los estudios, desde 0.30 por 1.000 a 1.20 por 1.000 individuos de 15 años o más y de 0.42 a 0.51 por 1.000 para todas las edades (3).

Los índices de prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida han ido de 1.9 al 9.6 por 1.000 en los estudios europeos, y de 2.1 a 3.8 por 1.000 en los estudios asiáticos. En dos estudios norteamericanos se obtuvieron índices del 1.1 y 1.9 por 1.000 (3).

El riesgo de deterioro de la personalidad aumenta con cada recaída esquizofrénica. Las recuperaciones de esquizofrénicos se denominan a menudo remisiones porque muchos de los pacientes recaen posteriormente. Aunque pueden remitir de nuevo, en cada ataque esquizofrénico hay mayor probabilidad de cierta lesión permanente de la personalidad. Este riesgo de deterioro de la personalidad aumenta rápidamente después de la segunda recaída (3, 35).

En la actualidad, con una buena terapia de seguimiento y mantenimiento medicamentoso bien controlado, sólo entre 10 y 15 % de los pacientes en remisión recaen en el transcurso de un año, en comparación con 65 -70 % que recaen durante el mismo periodo sin éste tratamiento de mantenimiento (3, 12).

La farmacoterapia es el elemento del tratamiento más utilizado y puede ser notablemente efectivo, especialmente con síntomas como los delirios y las alucinaciones, así como para disminuir la confusión psicótica. Algunos pacientes no responden apreciablemente a ninguna medicación, y otros incluso, empeoran. Los efectos secundarios de estos medicamentos tras un uso prolongado hacen preciso sopesar los beneficios potenciales frente a las posibles consecuencias perjudiciales (3).

La mayoría de los movimientos anormales inducidos por medicamentos son causados por neurolepticos. El término " neuroleptico ", que literalmente significa : "que toma la neurona " fué acuñado por Deniker para señalar una clase de " tranquilizantes mayores " (18).

Cuando la clorpromacina fué usada por primera vez en pacientes maníacos y esquizofrénicos en 1952, se notó que era particularmente efectiva en la reducción de la excitación, pero fué hasta 1956 cuando el primer reporte de movimientos anormales inducidos por la clorpromazina se documentó (18), observándose además síntomas similares a la enfermedad de Parkinson, como retardo psicomotor, expresión facial acartonada, y marcha insegura . En una revisión reciente de la historia de los síntomas extrapiramidales (SEP) , Rifkin mencionó que algunos investigadores asumieron que estos síntomas neurológicos mostrados por los pacientes eran la causa de la reducción de la excitación de los pacientes (18). Esta afirmación no fué apoyada por las observaciones subsecuentes, como el hecho de que los medicamentos antiparkinsonicos reducen los efectos SEP sin afectar la mejoría clínica , y algunos medicamentos desarrollados más

tarde , como la clozapina , son efectivos antipsicóticos pero practicamente no causan SEP (20, 21 , 24).

La acatisia pudiera ser confundida con empeoramiento de la condición psiquiátrica después de un incremento en la dosis del neuroléptico. Además, las disquinesias inducidas por neurolépticos eran atribuidas erronéamente a disquinesias espontáneas (18). No fué sino hasta 1964 que Faurbye y cols , describieron los movimientos anormales asociados al uso de neurolépticos , como por ejemplo : la disquinesia tardía . La asociación de disquinesia con el uso de neurolépticos es ahora bien reconocida y se ha estimado que del 10 -20 % de los pacientes expuestos al uso de neurolépticos desarrolla alguna forma de disquinesia tardía (11).

Algunos SEP secundarios al uso de medicamentos, por orden de aparición son los siguientes:

Reacciones distónicas agudas : Estas reacciones tienen inicio agudo , y en ocasiones suponen espasmos musculares raros y temibles, que afectan principalmente a la musculatura de la cabeza y el cuello. Desviaciones oculares, tortícolis, trismus y blefaroespasmos son ejemplos de distonía focal . Estas reacciones suelen aparecer dentro de las primeras 24-48 horas (55%) y 90 % dentro de los 5 días (18) después del comienzo de la farmacoterapia o, en pocos casos, cuando se incrementa la dosis. En casos aislados pueden ser recurrentes. Los varones son más vulnerables a estas reacciones que las mujeres , y los jóvenes más que los ancianos. Las dosis altas tienen más probabilidades de producir efectos de este tipo. Cuando la

familia o los pacientes afirman que son alérgicos a los medicamentos, se refieren casi siempre a las reacciones distónicas .

Acatisia : Este efecto secundario es descrito como una incapacidad para sentarse o estarse quieto , con una sensación subjetiva de ansiedad. No todos los pacientes , sobre todo los crónicos se quejan de sensaciones subjetivas ; sin embargo, en los pacientes agudos y en algunos pacientes crónicos , la acatisia es extremadamente desagradable y es descrita por los pacientes con diversos términos como "nerviosismo " , " incapacidad para estar agusto en cualquier posición " , " sensación como si me estuviera brincando algo por dentro " (29) . Como la acatisia es mal diagnósticada , particularmente al aparecer , la verdadera prevalencia de este movimiento en pacientes medicados con neuroléptico es desconocida, Calne en su revisión de 1990 mencionó un estudio en el cual observaron que cuando se administró dosis de 5 mg de haloperidol, se asoció con acatisia dentro de las primeras 6 horas en 40% de 44 pacientes . Por el 7mo día de tratamiento, 76 % de los pacientes habían experimentado acatisia (18) . Se ha sugerido que la acatisia es un factor propio de los pacientes que se niegan a tomar medicación antipsicótica. (13)

Parkinsonismo: Esta condición, producida por todos los antipsicóticos existentes , es distinguible del parkinsonismo clásico en todos los síntomas cardinales : rigidez, temblor, inestabilidad postural y aquinesia, la cual puede pasar inadvertida, pero si se pide al paciente que camine lentamente unos 20 pasos, puede observarse disminución del balanceo de los brazos, así como pérdida de la expresión facial; es el más común de los síntomas parkinsonicos visto en más del 80% de los pacientes con parkinsonismo

inducido por neuroléptico (25). En un estudio de pacientes de edad avanzada, 25 % no pudieron caminar en su presentación inicial y 80 % tuvieron reducción del braceo o marcha (25). En contraste, solamente 10% de los pacientes con parkinsonismo verdadero no pudieron caminar cuando fueron examinados por primera vez (25). El parkinsonismo inducido por medicamentos ocurre en 10 -15 % de los pacientes tratados con neurolépticos , pero la frecuencia de estos efectos adversos varía ampliamente dependiendo de la población estudiada , de la dosificación del neuroléptico y otros factores (28).

Disquinesia tardía : La Asociación Americana de Psiquiatría definió a la disquinesia tardía como un movimiento anormal involuntario resultante del tratamiento con un neuroléptico por 3 meses en un paciente sin otra causa identificable para movimientos anormales (18). Esta condición fue descrita unos 5 años después de la introducción de antipsicóticos . La gran prevalencia, de 0 - 50 % , está probablemente relacionada con la falta de claridad del síndrome . Una estimación mas fiable sería que entre 10 -20 % de los pacientes que reciben medicación antipsicótica desarrollan cierto grado de disquinesia tardía (11 , 36). Los primeros signos de disquinesia tardía suelen advertirse sobre todo en la zona de la cara . Se considera que los primeros signos son los movimientos de la lengua dentro de la cavidad bucal, consistentes en la retrección de la lengua sobre su eje longitudinal o la rotación irregular en torno al eje longitudinal, con frecuentes movimientos hacia ambos lados. También puede observarse movimientos coreoatetoides de los dedos de manos y pies , así como disquinesia respiratoria , asociada a respiración irregular y , a veces, ruidosa (36) .

Temblores : Es un movimiento rítmico y repetitivo , consistente en el tiempo y el espacio (2).

Temblores tardíos : distinto del temblor visto en el parkinsonismo inducido por medicamentos, puede también ocurrir como una consecuencia del tratamiento con neurolepticos . Para diagnosticar temblor tardío no debe haber historia familiar de un trastorno neurológico similar que sugiera temblor esencial. Aunque no había sido descrito previamente, Calne describió este temblor en 4 pacientes , uno de ellos femenino de 49 años que desarrolló acatisia y temblor de su brazo y pierna , 5 años después del tratamiento con clorpromazina , la cual le fue prescrita para una depresión a dosis de 150 mg / día. Ella no tenía antecedentes de un trastorno neurológico previo. Los síntomas han persistido durante 8 años posteriores a la suspensión de la clorpromazina. Este temblor mejoró notablemente con la combinación de propranolol con tetrabenazina (18). Este temblor difiere del " síndrome del conejo " que también es una complicación del tratamiento con neurolepticos.

"Síndrome del conejo " : Se refiere a chupeteo y temblor perioral que recuerda el movimiento del conejo y es visto usualmente en el parkinsonismo inducido por neuroleptico arraigado ya crónico (18).

Aumento de peso : Son muchos los factores implicados en el aumento de peso, pero con frecuencia están implicados los neurolepticos . No está claro el mecanismo . Este aumento de peso puede tener más probabilidad de aparecer con los neurolepticos menos potentes , como la tioridacina y la

clorpromazina , que con la flufenacina . La pérdida de peso ha sido descrita ocasionalmente con pacientes que han recibido loxapina o molindona(35)

Freyhan puntualizó los siguientes indicaciones de los neurolepticos como tratamiento sintomático:

- a).- Esquizofrenia: estados de excitación, tensión paranoide, explosiones de pánico o agresividad, conductas estereotipadas o bizarras, conductas destructivas o escandalosas.
- b).- Trastornos afectivos: estados maniacos o hipomaniacos; estados de depresión psicótica o agitada : trastornos paranoides en la psicosis involutiva.
- c).- Síndromes cerebrales agudos, estados de intoxicación, delirium y alucinaciones.
- d).- Síndromes cerebrales crónicos ; estados de agitación, actividades confusas, explosiones de violencia, conductas destructivas o escandalosas.
- e).- Trastornos de la personalidad ; sentimientos tormentosos de tensión, " acting out" agresivos y pobre control de impulsos.

En la esquizofrenia , Kurt Schneider describió una serie de síntomas de primer orden . Estos síntomas no son especificos de esta enfermedad pero tienen un gran valor para un diagnóstico. Los síntomas de primer orden de Schneider incluyen (13).

Alucinaciones : Se definen como las experiencias sensoriales sin los correspondientes estímulos externos. Las más comunes son las auditivas. Las alucinaciones visuales se presentan con menor frecuencia pero no son raras, las cuales pueden aparecer tanto de día como de noche y en forma continua. Las alucinaciones táctiles , olfativas y gustativas son mucho menos comunes.

Delirios : Por definición son ideas falsas o anormales que no pueden ser corregidas por razonamientos lógicos y son idiosincrásicas en el paciente, es decir , no forman parte necesariamente de su medio cultural. Figuran entre los síntomas más comunes de la esquizofrenia.

Los más frecuentes son los delirios de persecución, convicción de ser controlado por una fuerza misteriosa e invisible, o cualquier otra idea fuera de lo razonable.

Alteraciones en la conducta : pueden ser de naturaleza cuantitativa o cualitativa, como ejemplo de cambio cuantitativo , el paciente manifiesta una reducción general de energía, espontaneidad e iniciativa, aunque en los estados agudos puede hallarse excitado hasta el punto de amenazar su propia seguridad y la de la gente que le rodea .

Cualitativamente , el paciente cambia a una conducta deficientemente coordinada, impredecible, excéntrica e inadecuada. La mayoría de los esquizofrénicos dan la impresión de torpeza y rigidez.

Deterioro del aspecto y modales : (Apatía) . Los pacientes esquizofrénicos tienden a tener un aspecto deteriorado. Sus esfuerzos para arreglarse y cuidar de sí mismos son mínimos . En general muestran escasa atención hacia los convencionalismos sociales. Pueden no volver el saludo o sonreír, no seguir una conversación , hacer ruidos rudos en una mesa y mostrar muchas otras formas de falta de consideración hacia la presencia y sentimientos de los demás. Por lo general es observada una conducta de aislamiento.

La Terapia de mantenimiento: Este término es usado para describir el tratamiento a largo plazo con medicamentos antipsicóticos de pacientes esquizofrénicos en remisión. Así los pacientes pueden seguir viviendo en la comunidad, con sus familiares o en casas especiales y se liberan de largas estancias en centros psiquiátricos. Los antipsicóticos suprimen síntomas crónicos como las alucinaciones , hacen las ideas delirantes menos insistentes, y generalmente ayudan a prevenir los episodios de agudización de síntomas que son esperados en el curso de muchos esquizofrénicos. Pero muchos pacientes no siguen un tratamiento regular .

McEvoy definió " apego medicamentoso" : cuando el paciente toma su medicación antipsicótica como le fué prescrita la mayor parte del tiempo durante los 2 últimos meses o " no apego al tratamiento " : cuando el paciente no toma el medicamento como le fué prescrito, la mayor parte del tiempo en los 2 últimos meses (17).

El conocimiento de que medicamentos efectivos son inútiles cuando no son tomados en forma absoluta o en forma apropiada a estimulado el interés

en el entendimiento y mejoramiento del apego a tratamiento medicamentoso. Es un tema recurrente en la literatura (1) y el énfasis de una forma reciente de terapia de grupo en la unidad psiquiátrica - la también llamada grupo de medicación , donde el principal conocimiento impartido para mejorar el apego medicamentoso es el conocimiento de cuantas pastillas, como, cuando y para qué propósito deben ser tomadas . Para Hogan y cols. estos son estudios mal diseñados que demuestran una relación positiva entre la información a los pacientes sobre el consumo del medicamento y el apego al mismo, así mismo el mencionó un estudio bien controlado donde reportaban que el apego de un grupo de pacientes estaba debilitado a pesar de estar informados mensualmente sobre su medicación y de participar en grupos de apoyo, pero el apego persistía inalterable para los controles que fueron monitorizados por sus médicos familiares (8) .

En la práctica sería muy útil mejorar el apego de los pacientes que, por razones como la falta de comprensión de las instrucciones del médico, pueden dejar de tomar su medicación . Existe un gran número de pacientes que persistentemente están quejándose de su medicación , basados en las limitaciones de su funcionamiento , presentado las mayores dificultades para su manejo a largo plazo. Estas quejas no específicas , a menudo, conducen a una confusión sobre la acción farmacológica del medicamento, y en varias ocasiones sus manifestaciones son reconocidas como toxicidad, respuesta subjetiva disfórica o sensibilidad psicológica(30) .

Por otro lado, las quejas subjetivas pueden reflejar claramente efectos colaterales extrapiramidales o autonómicos, o sutiles y frecuentemente reconocidos síndromes de aquinesia o acatisia, cualquiera de los cuales

tienen componentes afectivos relacionados (7), que pueden influir en el apego al tratamiento (Fallon y cols, 1978). No obstante, los efectos colaterales no son siempre el antecedente para el cambio de la dosis y pueden ser, ahora, más frecuentes entre los pacientes con apego al tratamiento que los no apegados , o más típicamente , distribuidos igualmente entre los dos grupos (8).

Ultimamente es la interpretación del paciente de la fisiología alterada y el estado de medicación el que determinará su aceptación o rechazo del mismo (8).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Las molestias expresadas por el pacientes son proporcionales a las percepciones que tienen los familiares de los síntomas extrapirámidales ?

HIPOTESIS.

La percepción que tiene los familiares de los síntomas extrapiramidales difiere de la del paciente ya que la subjetividad de las molestias hacen que no sean manifiestas para los familiares en la mayoría de los casos.

JUSTIFICACION

La esquizofrenia implica incalculables sufrimientos para el paciente y sus familiares, e impone una importante descarga económica sobre la sociedad, varios autores han señalado el alto costo económico (16, 32, 34); aunque los costos estimados están lejos de mostrar las dimensiones devastadoras de la enfermedad, pueden ayudar a dar una guía sobre el costo de los tratamientos. Rashi Fein en 1958 fue el primero en discutir los conceptos de los costos directos e indirectos de la enfermedad (16). El definió costo directo como el dolar actual gastado por una enfermedad mental incluyendo hospitalización, servicios médicos y de otros profesionales, medicamentos, rehabilitación, cuidador de cabecera, etc. y el costo indirecto como la pérdida económica en dolares (sobre un año de trabajo) en que la sociedad incurre porque alguna parte de la sociedad sufre de una enfermedad mental, por ejemplo es el costo de la pérdida secundaria a la reducción de la productividad causada por enfermedad mental o traumatismo. Esto incluye el costo de los días perdidos de trabajo y los días sin productividad secundarios a incapacidad mental y muerte prematura. Weiden y Olfson publicaron en 1995 un artículo en el que estimaron que el costo anual por hospitalizaciones cortas secundarias a recaídas fué aproximadamente de 2.3 billones en los E.E, U.U. La disminución de la eficacia de los neurolépticos estuvo alrededor del 63% del costo estimado para la rehospitalización y la falta de apego al tratamiento con neurolépticos fué del 37% (32).

Está bien establecida la efectividad de los antipsicóticos convencionales, así como sus limitantes. Estos agentes no son efectivos en

todos los pacientes psicóticos y tienen varios efectos neurológicos colaterales (15).

Los estudios epidemiológicos sobre SEP son difíciles de interpretar ampliamente por causa de los problemas nosológicos y metodológicos. El término " síndrome extrapiramidal " o "SEP" ha sido utilizado en la literatura psiquiátrica para describir cualquier tipo y todos los movimientos anormales inducidos por medicamentos y la mayoría de los estudios no intentan o hacen pocos intentos por separar los diferentes movimientos de acuerdo al trastorno motor dominante (18).

Los SEP se presentan independientemente de la dosis administrada, Neborsky y cols. (19) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las mediciones de síntomas extrapiramidales, que realizaron al comparar 2 grupos de estudios a quienes habían administrado dosis altas y bajas de haloperidol, todas dentro del rango terapéutico. 19 de 20 sujetos tuvieron reacciones extrapiramidales . Cada ocurrencia fue evaluada para severidad , falta de respuesta a la difenhidramina , y para el tiempo transcurrido hasta la remisión de la reacción (19).

En este estudio no se pudieron evitar los síntomas extrapiramidales y para esta forma de tratamiento agudo , no se hizo evidente que existiera diferencia entre las dosis altas o bajas de haloperidol con respecto de la incidencia de los síntomas extrapiramidales (19).

La eficacia y el valor de los neurolépticos convencionales en el manejo de la esquizofrenia van más allá de ser un problema común (20).

Su introducción en la década de los 50's revolucionó el pensamiento clínico acerca de la esquizofrenia y fué un factor poderoso en los cambios que se dieron en el cuidado del paciente, haciendo posible su regreso a la comunidad. Sin embargo los neurolépticos convencionales están lejos de ser la droga ideal. Quizá su mayor defecto sea el perfil de efectos colaterales, especialmente su tendencia a causar efectos extrapiramidales secundarios a su uso, los cuales son claramente un problema para el paciente, lo cual quizás no es muy bien reconocido por los psiquiatras. (20) .

Se ha reportado, por ejemplo, que 35% de los pacientes que rechazan tomar su medicamento antipsicótico dan como principal motivo los efectos colaterales , mientras que los doctores piensan en este motivo solo en el 7% de los casos (20). Mas sin embargo, el problema es más profundo que el simple hecho de los efectos colaterales de los neurolépticos, por un alto perfil de efectos colaterales significa pobre apego al tratamiento, el cual conduce a altas tasas de recaídas, una consecuencia de dimensiones éticas y económicas.

Ignorar la presencia de los efectos colaterales inducidos por neuroléptico o sobre estimar su importancia representa un gran error en el cuidado del paciente .

La falta de apego a la terapia de mantenimiento con neurolépticos es el mayor obstáculo en el tratamiento de los trastornos esquizofrénicos. Algunos autores (33) han encontrado que las tasas de falta de apego al tratamiento en pacientes que salían del hospital era de 50 por ciento después de un año y

de 75 por ciento a los 2 años. A pesar de las implicaciones en salud pública y económicas que tiene la falta de apego al tratamiento, ha sido muy poca la investigación sistemática sobre las causas y predictores de esta conducta en la esquizofrenia. Quizá una razón para la escasez de investigación es la dificultad para medir las actitudes de apego y no apego al tratamiento.

Hacer propuestas para medir apego al tratamiento incluye evaluaciones cuantitativas, de factores de riesgo y factores de riesgo subjetivos.

El primer objetivo de la evaluación cuantitativa es medir la cantidad de medicamentos tomada actualmente contra la cantidad prescrita.

Algunos factores de riesgo pueden ser evaluados con una evaluación psiquiátrica estándar, pero además algunos factores de riesgo pueden ser determinados por un examen del estado mental estándar. Características del estado mental asociado con falta de apego al tratamiento incluyen desorganización cognoscitiva, hostilidad (14), "psicosisismo" (17), paranoia y grandiosidad (Van Putten y cols. 1976).

Muchos de los factores de riesgo para falta de apego al tratamiento son asociados con actitudes más subjetivas que tangibles. Los ejemplos incluyen falta de conciencia de enfermedad.

Van Putten y cols. compararon los efectos SEP en pacientes con respuesta disfórica, sintónica y evasiva y encontraron que el hecho de que algunos respondedores sintónicos experimentarían SEP al igual que los otros dos grupos, sugería fuertemente que muchos de estos síntomas dependen

del significado emocional y significancia individual que los efectos colaterales tenían para cada paciente, encontrando que algunos pacientes sentían a estos como un ataque a su personalidad (31).

A lo largo de la historia se han desarrollado tres escalas para medir la sintomatología subjetiva secundaria a los efectos del neuroléptico (8, 30, 33) y su relación con la falta de apego medicamentoso al neuroléptico, pero solo miden la experiencia subjetiva del paciente sin conocer la percepción del familiar con el que el paciente convive. La subescala Rating of Medication Influences (ROMI) (33) se correlacionó con una versión del familiar más cercano al paciente , pero éste solo describe las actitudes del paciente hacia la medicación que pudieran influir en el apego o la falta de éste y no describe sus propias percepciones .

La mayoría de los estudios sobre familias de pacientes psiquiátricos han sido etiológicos. Los procesos familiares han sido examinados en busca de los efectos de la familia sobre el origen de la enfermedad del paciente. El punto de vista donde se aprecia que la influencia deletérea de la familia sobre el curso de la enfermedad es reflejado en la conducta de muchos profesionales de la salud mental en la clínica pero siempre encaminados a la búsqueda de las causas (Fadden y cols. 1987) y nunca a la influencia sobre el tratamiento establecido por el clínico.

OBJETIVO.

Evaluar la correlación entre la molestia expresada por el paciente que recibe neuroléptico y la intensidad de los efectos extrapiramidales percibido por los familiares .

DISEÑO DEL ESTUDIO:

- a).- De impacto y de correlación .
- b).- De escrutinio , porque no aplicamos ninguna maniobra , simplemente observamos el cambio ocurrido.
- c).- Longitudinal , porque medimos la misma variable dos veces.
- d).- Retrospectivo, porque estamos analizando eventos ya ocurridos, expresados por los sujetos.

MATERIAL Y METODO :

Se tomó como universo de estudio a los pacientes y sus familiares que acuden al programa de Estudio, Tratamiento y Rehabilitación del paciente Esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

El tamaño de la muestra fueron 18 pacientes y 17 familiares a quienes se aplicó la escala análogo visual en dos grupos por separado , uno de familiares y otro de pacientes.

Se excluyó del grupo de familiares a un sujeto por no haber acudido nunca a las sesiones de dicho programa.

INSTRUMENTO.

Se utilizó un cuestionario elaborado " ad hoc " para la evaluación de los efectos secundarios al tratamiento antipsicótico de la División de Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría (Ortega Soto y cols. comunicación personal). Este instrumento incluye en varios de sus apartados una escala análoga visual la cual es una línea, usualmente de 10 cm de longitud, cuyos extremos son tomados para representar los límites de la experiencia subjetiva a medir, como por ejemplo, la acatisia ; un extremo es, por lo tanto definido como ausencia del síntoma y el otro como el de " mayor severidad" . Se le pide al paciente que marque en la línea un punto que corresponda a la intensidad de su síntoma . La distancia de la marca desde el fin de la escala es el que se toma para representar la severidad de su síntoma. La mayoría de los pacientes entienden el concepto y pueden rápidamente hacer la medida (9). Niños mayores de 5 años ya pueden usualmente manejarla también. La distribución de resultados en una muestra de población aleatoria es uniforme . Existe igual número de medidas en todos los puntos sobre la línea. Esta uniformidad es crucial para la sensibilidad de la escala y una de sus más grandes ventajas. Es difícil medir la sensibilidad de una

medida subjetiva, especialmente cuando no hay un estándar absoluto. Pero la escala análogo visual tiene una gran capacidad para cambiar en respuesta a un estímulo como sería un tratamiento. Existe una muy alta correlación entre medidas sucesivas de la severidad del síntoma sobre una escala análogo visual, confirmando la reproductibilidad del método (22,). También existe una muy buena correlación entre la medida de la severidad de un síntoma por la escala análogo visual y otros métodos(6).

Este tipo de escalas puede ser vertical u horizontal (10). La adición de descripciones a lo largo de la línea puede afectar la distribución de los resultados; a través de una escala vertical podrían causar que la mayoría de los resultados fuesen agrupados alrededor de las descripciones. Para estos resultados, la escala funciona como una simple escala descriptiva, y la sensibilidad dela escala análogo visual se verá reducida. Este agrupamiento de resultados no ocurre cuando la línea es horizontal, dado que estas descripciones son colocadas desde un extremo de la línea al otro. No se pueden colocar números sobre la escala análogo visual. Las escalas corren de la izquierda a la derecha, comportandose similarmente a que si corrieran de derecha a izquierda, y no es, por lo tanto, materia como es la severidad al término de la escala.

La escala análoga visual es ampliamente usada en estudios clínicos diseñados para establecer el valor de algunos tipos de tratamiento. Se hacen comparaciones entre grupos de pacientes , aunque no se puede asumir que diferentes pacientes pudieran usar la escala en la misma forma. La forma es verdadera de cualquier otro método de medición de un síntoma, y el término "moderado" es una interpretación abierta a interpretación como la parte inter-

media de una escala análogo visual. La escala es ideal para experimentos longitudinales , capacitando a un paciente para expresar una opinión acerca del relativo valor de diferentes tratamientos. También puede ser usado para comparar calificaciones de un síntoma determinado en diferentes grupos de pacientes, pudiendo ser usada para estudiar los efectos de un tratamiento sobre la variación diurna y para mostrar el curso del tiempo sobre la acción de un tratamiento (10)

Es necesario una explicación cuidadosa para el paciente para utilizar la escala análogo visual. La medición deberá ser también dentro del contexto de un diseño experimental satisfactorio, y ser llevado a cabo en condiciones definidas. Por ejemplo, la persona que presenta la escala y la forma en que use las palabras pueden influir sobre los resultados. Cuando sea posible es mejor medir el alivio del síntoma directamente, bastante más que medir el síntoma absoluto en dos ocasiones y restar la segunda de la primera (9). La técnica moderna introduce un artefacto matemático: el cambio en el síntoma puede ser relacionado a la calificación inicial tanto como a las diferencias entre grupos de pacientes pudieran explicar diferencias aparentes en las respuestas. Ha sido una regla tradicional de los estudios clínicos no permitir a los pacientes ver sus resultados previos. Esto es fuente de error, especialmente después de largos periodos de tiempo, cuando los pacientes tienden a sobreestimar la severidad de su síntoma (22). Es mejor que los pacientes puedan recordar sus evaluaciones previas ; muchos piensan en términos de cambio bastante más que en terminos absolutos.

Las ventajas particulares de la escala análogo visual son la sensibilidad , simplicidad, reproductibilidad y universalidad. Aunque la explicación debe

ser traducida, la escala es autoaplicable, independientemente del idioma. Todas las mediciones tiene un potencial grado de error, y la escala análoga visual no es la excepción. Algunos son igualmente aplicables a otros métodos como los efectos de la depresión. Otros pueden producirse en la elaboración o administración de la escala , por ejemplo: hacer más grande la línea durante el fotocopiado y una explicación inadecuada pueden conducir al fracaso de la misma.

Más serio es la sugerencia de que la escala no es un buen reflejo de la condición medida. En un estudio de fuerza sobre un apretón (5), la correlación entre el apretón medido y una evaluación subjetiva hecha usando una escala análoga visual no fué tan buena como se hubiera esperado- no cuando fué tan buena como una evaluación del apretón hecha por un médico. Es interesante pero quizá no es de sorprender que el punto de vista de los pacientes con respecto a su mejoría , no necesariamente refleja el fenomeno objetivo. Pero si un paciente decía que se sentía débil, el se sentía débil, aunque no lo estuviera; si él decía que tenía dolor, tenía dolor. Otra fuente de error es la variación en la reproductibilidad en diferentes partes de la línea (9). Se les pidió a voluntarios sanos, reproducir la posición de una marca sobre una escala mostrando su reproductibilidad en la región de la sección de oro (definida como el punto en la línea que divide en 2 segmentos, así tal que el más pequeño es al más largo, lo que el más largo es a la línea completa. Este punto falsea cerca de 6.2 cm a lo largo de los 10 cm de la escala análogo visual. De nuevo, quizá no deba sorprendernos, que la reproductibilidad sea mayor en los extremos de la línea y en el punto intermedio. Pero expresando la severidad del dolor sobre una escala análoga visual puede no ser la misma, como recordar un punto sobre una línea y molestarse al reproducirlo. El

coeficiente de correlación entre mediciones sucesivas en una escala análogo visual ha sido tan alto como 0.99 sugiriendo esto que la reproductibilidad no es un gran problema en los pacientes(23).

Otro problema común para todas las escalas es la limitación impuesta por los extremos. Si un paciente califica su síntoma en la parte superior de la escala y luego se siente peor su medida puede solamente puede permanecer sin cambio.

Muy ocasionalmente los pacientes son incapaces de entender el concepto de la escala. La gente inteligente pudiera tener las mayores dificultades pensando que es más complicado de lo que aparenta. Ellos ven la parte superior de la escala vertical como la cabeza y la parte inferior como los pies: el extremo izquierdo de una escala horizontal puede ser percibido como la mañana y el derecho como la tarde . Pero los errores son muy raros con una explicación cuidadosa y quizá con una pequeña práctica, esto es responsabilidad del médico. La medición actual es únicamente responsabilidad del paciente.

Es claro que la reproductibilidad a lo largo de una escala vertical de 10 cm, la escala análogo visual varíe a lo largo de la longitud de la línea . Las posiciones más difíciles para reproducir parecen estar en la región ± 2 cm del punto medio con buena reproductibilidad cerca del centro y los extremos. En conexión con esto es interesante hacer notar que los pacientes que usaron escala análogo visual para estimar su grado de dolor tuvieron una tendencia a hacerlo en las extremidades o el centro. Esto sugiere que los

pacientes pueden visualizar su síntoma sólo como leve, severo o en algunos casos vagamente ambiguo entre ambos.

Los autores encontraron la tendencia a estimar posiciones altas en la escala vertical, lo cual ya había sido observado en referencias previas por Scott y Huskisson para pacientes que no tenían acceso a ver sus evaluaciones previas.

Para la escala vertical este es una fuente más de error, lo cual no está presente en la horizontal, dependiendo del ángulo en que la escala es vista. Una escala vertical, pudiera ser vista verticalmente para evitar el error que pudiera resultar de la perspectiva. Un error así podría contribuir a los presentes resultados, nosotros pensamos confiar en que los voluntarios vieron la escala desde una posición vertical. Del mismo modo, la clínica que se ocupó para ser colocado un lado del asesor, pudiera representar otra fuente de error que no es apreciado usualmente (9).

Son incapaces de explicar porqué los pacientes tuvieron la tendencia para estimar un poco por arriba un punto 6.19 cm a lo largo de la línea de 10 cm. y a lo largo del comienzo, pero notaron que los psicólogos reconocieron desde la antigüedad la "sección de oro". Benjafield and Adams-Webber mostraron que cuando los sujetos hacían estimaciones bipolares, como en la escala análogo visual, la proporción de estos cambios positivos hacia los cambios negativos es una aproximación de la sección de oro (9). Esto corresponde en sus resultados con el 60 % de las estimaciones por el momento y 31 % alargado con la vuelta del punto ocurrido en la sección de oro por sí mismo.(9).

POBLACION A ESTUDIAR

Criterios de inclusión:

Pacientes:

- 1.- Ser miembro del grupo experimental del programa de Estudio, Tratamiento y Rehabilitación del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- 2.- Haber participado en las sesiones semanales del programa antes citado , al menos por un año .
3. - Saber leer y escribir.
4. - Estar fuera de un cuadro psicótico agudo.
5. - Ser mayores de 18 años.
6. - Consentimiento para la aplicación de la escala.

Familiares:

- 1.- Ser familiar de primer grado del paciente esquizofrénico.
- 2.- Estar en contacto con el paciente y enterado de su tratamiento previo.
- 3.- Haber acudido en forma regular a las sesiones semanales del programa durante el año previo.
- 4.- Estar de acuerdo con su participación en la investigación.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Pacientes:

1.- Cuadro psicótico agudo en el momento de la aplicación de la escala o alteraciones cognitivas que impidieran la comprensión de la misma.

2.- Falta de consentimiento para participar en el estudio.

Familiares:

1.- Ignorancia acerca de antecedentes del paciente.

2.- Fallas cognitivas u alteración orgánica que impida la comprensión de la escala.

3.- No haber participado en las sesiones del programa de Estudio, Tratamiento y Rehabilitación del paciente esquizofrénico.

PARAMETROS DE MEDICION

Los resultados obtenidos en la escala análogo visual se midieron en milímetros para cuantificar la distancia entre el punto señalado y la severidad del síntoma o el cambio percibido por el uso del medicamento actual.

CAPTACION DE LA INFORMACION.

Se citó a todos los familiares para la aplicación de la escala proporcionándose las instrucciones para la realización de la escala por el investigador principal, a todos los participantes a la vez para hacer uniforme

la aplicación , resolviéndose las dudas que pudieron surgir de los participantes.

Por separado, se citó a los pacientes en una sesión conjunta donde se les explicó cuantas veces fué necesario, para su mejor comprensión, las instrucciones sobre el llenado de la escala siendo ésta una variante diferente a la de los familiares , con menos enunciados; los cuales fueron : molestias antes y después del tratamiento con el neuroléptico que están recibiendo actualmente, medicamento actual y anterior, en que consiste la mejoría según su percepción y como se sienten con el neuroléptico actual en comparación con los recibidos anteriormente.

En los casos en que los pacientes o sus familiares les fué imposible recordar el tipo de medicación o el tiempo del mismo , así como para verificar y comparar información se acudió a los expedientes clínicos de cada uno de los pacientes.

ESTRATEGIA DE ANALISIS ESTADISTICO

Se calcularon correlaciones múltiples por pasos donde la variable dependiente fué la percepción del paciente y las independientes las percepciones del familiar para cada uno de los síntomas secundarios al uso de neuroléptico.

Se utilizó el programa computacional SYSTAT para la captación y procesamiento de la información.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 18 pacientes y 17 familiares . Del grupo de pacientes la distribución por sexo fué de 14 masculinos (79.17 %) y 4 femeninos (20.83 %) (tabla 1), cuya edad estaba dentro del rango de 21 a 40 años , con un promedio de 29.3 ± 5.7 DS).

El promedio de edad al comenzar la medicación con neurolépticos fué de 21.6 años , con una DS = 7.4 , lo que es mayor para el promedio esperado de acuerdo a la epidemiología ya establecida .

De los familiares estudiados 14 (87.3 %) eran madres y 3 padres , de los cuales convivían con el paciente un promedio de 16.5 horas al día, con un mínimo de 4 horas y un máximo de 24.

El 95% de los pacientes vivía con sus familiares y sólo un paciente (4.17 %) vivía en un hospital , visitando regularmente a sus padres (gráfica 1). Puede observarse que la mayoría cuenta con el apoyo familiar lo que contribuye a su buen apego a tratamiento y a menores posibilidades de recaída, con un mejor pronóstico para su evolución futura.

Al inicio de la enfermedad el 100% de los pacientes presentaba alucinaciones, aislamiento social y apatía, mientras que 95.8 % presentaba conductas extrañas e ideación delirante (tabla 2).

Los neurolépticos que habían recibido a lo largo de su vida eran en el 5.5 % de los casos , más de 6 tipos diferentes , el 16 % había recibido al menos 5 tipos diferentes y el 65 % había recibido menos de 3 tipos de neurolépticos. El haloperidol fué el medicamento más prescrito en el 61 % de los casos (tabla 3).

Los efectos secundarios percibidos por el familiar propiciaron que en 2 casos (8.33 %) recomendaran a sus pacientes dejar el neuroléptico lo que llevó al abandono del mismo en igual proporción (8.33 %).

Las observaciones del familiar sobre el cambio en la psicopatología antes y después del neuroléptico actual fueron significativas ($P < 0.05$). Las gráficas 2 y 3 muestran la percepción del familiar y puede observarse la mejoría que hubo después de cambiar al neuroléptico actual.

Los pacientes reportaron un promedio de 58 mm de molestias antes de tomar el neuroléptico actual y de 17.6 mm con el medicamento actual ($P < 0.001$) observándose también el cambio tan significativo en la presencia de molestias secundarias al neuroléptico lo que puede atribuirse a que los nuevos antipsicóticos son más efectivos y casi sin efectos secundarios.

El medicamento que tomaba el paciente al momento de la evaluación fué: el 38.8 % de los pacientes trifluoperazina; 27.7 % clozapina ; 16 % penfluridol ; 11 % haloperidol y 11 % tioridazina; con el cual tenían más de

un año de medicación y sólo en 3 casos se combinaban 2 neurolépticos (tabla 4).

La mayoría de los pacientes percibió como mejoría el hecho de poder realizar sus actividades cotidianas (9 pacientes); 7 pacientes consideraron que fué el hecho que disminuyera la ansiedad y depresión.

El 100% de los pacientes consideró mejor al neuroléptico actual que a los anteriores.

La correlación múltiple global respecto a síntomas extrapiramidales entre pacientes y sus familiares fué significativa ($R= 0.709$) y al ir haciendo la correlación por pasos también mostró una significancia para el tratamiento anterior y la percepción del paciente y sus familiares para rigidez ($R= 0.463$, $P< 0.061$).

La correlación múltiple por pasos en la evaluación con el neuroléptico actual mostró que el efecto motor percibido por el familiar que explica gran parte de la varianza de la severidad de la molestia atribuida al tratamiento fué la rigidez ($R= 0.475$). La significancia de ajuste es de $P< 0.054$. Ni la acatisia ni la aquinesia y menos aún el temblor mostraron tener una significancia con las molestias del paciente.

En la gráfica 6 puede observarse la correlación antes mencionada, entendiendo que a mayor rigidez percibida por el familiar la molestia percibida por el paciente también es intensa y que era de más severidad con el neuroléptico previo al actual.

DISCUSION

Este trabajo describe una forma diferente de evaluar los síntomas subjetivos del paciente, tomando en cuenta la percepción que tiene los familiares de los síntomas extrapiramidales secundarios al neuroléptico.

Aunque otros autores han evaluado síntomas subjetivos (7,8,33), al revisar extensivamente la literatura no se encontró alguna referencia que hubiese estudiado la percepción del familiar, en lo que a esto concierne, puede considerarse como un trabajo original y de gran relevancia porque la percepción del familiar es muy importante dado que la influencia familiar es determinante en el curso del tratamiento y el apego del paciente al mismo, ya que estos son los encargados de administrar el tratamiento o al menos proveer económicamente al paciente.

La mayoría de los estudios sobre familias de pacientes psiquiátricos han sido etiológicos. Los procesos familiares han sido examinados en busca de los efectos de la familia sobre el origen de la enfermedad del paciente. El punto de vista donde se aprecia que la influencia deletérea de la familia sobre el curso de la enfermedad es reflejado en la conducta de muchos profesionales de la salud mental en la clínica pero siempre encaminados a la búsqueda de las causas (Fadden y cols. 1987) y nunca a la influencia sobre el tratamiento establecido por el clínico.

En nuestro estudio pudimos observar que existieron cambios muy significativos en los tratamientos a lo largo del tiempo y que eran los efectos extrapiramidales inducidos por el neuroléptico los que influían en cierto grado en el abandono de los tratamientos previos al actual, ya que éste les era administrado con el protocolo de dosis umbrales en el caso de la trifluoperazina y por otro lado los nuevos antipsicóticos tienen menos o casi nada de efectos colaterales.

En cuanto al cambio en la severidad de la psicopatología también se pudo apreciar una mejoría muy significativa con el tratamiento actual, lo cual es consistente con estudios previos (15, 24) en cuanto a la eficacia sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia y síntomas negativos de los nuevos antipsicóticos; como es el caso de los pacientes que toman clozapina en nuestra población de estudio (5 pacientes).

La observación de que la rigidez es la que predice con mayor significancia la molestia percibida por el paciente, es importante porque da la oportunidad de ampliar el estudio en este sentido con una muestra más grande y criterios más específicos de este síntoma con el abandono del tratamiento o la falta de apego al mismo.

Aunque puede considerarse que este estudio tiene sus limitantes, también tiene aspectos relevantes como origen de nuevas líneas de investigación, así por ejemplo: podría hacerse una correlación entre lo que perciben las madres y la percepción de los padres; o correlacionarse con un

grupo de pacientes que cumplan criterios de falta de apego al tratamiento así como sacar la diferencia entre la percepción de los pacientes por sexo con respecto a síntomas extrapiramidales; así pues, este estudio puede ser el comienzo de varias líneas de investigación en el futuro.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Blackwell, B. Treatment Adherence. *British Journal of Psychiatry*, 1976, 129: 513 - 531 .
- 2 - Calne, D.B. Involuntary Movements : an overview , in *Movements disorders in Neurology and Neuropsychiatry* , ed. Joseph, A.B.; Young, R.R. ; Blackwell Scientific Publications, Inc. Cambridge, 1992.: 1- 2 .
- 3 - Cancro, R. Historia y noción general de la esquizofrenia. En *Tratado de Psiquiatria*, Kaplan, H.I. ; Sadock, B.J. 2da ed. Masson-Salvat, Barcelona, 1992, pag 626 - 644.
- 4 - Dixon, S., and Bird, H.A.,: Reproducibility along a 10 cm visual analogue scale. *Annals Rheumatic Disorders*, 1981, 40: 87-89.
- 5 - Downie, W.W., Leathman, P.A., Rhind, V.M. The visual analogue scale in the assessment of grip strength. *Annals Rheumatic Disorders*. 1978, 37 : 382-384.
- 6 - Downie, W.W., Leathman, P.A., Rhind, V.M., Wright, V.,Brancho, J.A., and Anderson, J.A., Studies with pain rating scales. *Annals Rheumatic Disorders* 1978,37: 378-381.

7 - Hogan, T.P. and Awad, A.G. Subjective Response to neuroleptics and outcome in schizophrenia : a re- examination comparing two measures. *Psychological Medicine*, 1992, 22 : 347 -352.

8 - Hogan, T.P. ; Awad, A.G. and Eastwood, M.R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychologic Medicine*, 1983,13: 177-183.

9 - Huskisson, E.C., Measurement of pain, *Lancet*, 1974, 2: 1, 127- 1,131.

10 - Huskisson, E.C., Visual analogue scales, in *Pain Measurement y Assessment*, ed. Melzack, Raven Press, N.Y. 1983, 33-37.

11 - Kane, J.M.; Smith, J.M.; Tardive dyskinesia: prevalence and risk factors, 1959 a 1979. *Archives of General Psychiatry*, 1982, 39: 474 - 481.

12 - Kissling, W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994,89 (suppl 382): 16 -24.

13 - Lehmann, H.E.; Cancro, R. Esquizofrenia: rasgos clínicos. En *Tratado de Psiquiatria*, Kaplan, H.I. ; Sadock, B.J. 2da ed. Masson-Salvat, Barcelona, 1992, pag 675 - 707.

14 -Marder, S.R.; Mebane, A.; Chien, CH. ; Winslade, W.J.; Swann, E. and Van Putten, T. A Comparison of Patients Who Refuse and Consent to

Neuroleptic Treatment. American Journal of Psychiatry , 1983, 140,4: 470 - 472.

15- Marder , S.R.; Meibach, R.C. Risperidone in the Treatment of Schizophrenia. American Journal of Psychiatry 1994, 151, 6: 825 - 835.

16 - McGuire, T.,G.: Measuring the Economic Cost of Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1991, 17,3: 375 - 388.

17 - McEvoy, J.P., Howe, A.C.; Hogarty, G.E. Differences in the Nature of Relapse and subsequent Inpatient Course between Medication- Compliant and Noncompliant Schizophrenic Patients. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1984,172,7: 412 - 416.

18 -Miller, L.G. ; Jankovic, J. Drug- induced movement disorders : an overview. in Movements disorders in Neurology and Neuropsychiatry , ed. Joseph, A.B.; Young, R.R. ; Blackwell Scientific Publications, Inc. Cambridge, 1992.: 5 - 32..

19 - Neborsky , R. ; Janowsky, D.; Munson, E., and Depry, D. : Rápido Treatment of Acute Psychotic Symptoms With High - Low - Dose Haloperidol. Archives General of Psychiatry, 1981, 38: 195 - 199.

20 - Owens, D.G.C. Extrapyramidal Side Effects and Tolerability of Risperidone : A Review. Journal Clinics of Psychiatry 1994;55 (5, suppl) :29 -35.

- 21 - Osser, D.N. Neuroleptic- induced pseudoparkinsonismo. in Movements disorders in Neurology and Neuropsychiatry , ed. Joseph, A.B.; Young, R.R. ; Blackwell Scientific Publications, Inc. Cambridge, 1992.: 70 - 80.
- 22 - Scott, J., and Huskisson, E.C., Accuracy of subjective measurement made with or without previous scores: An important source of error in serial measurements of subjective states. Annals Rheumatic Disorders , 1979, 38: 558-559.
- 23 - Scott, J., And Huskisson , E.C., :Vertical or horizontal visual analogue scales. Annals Rheumatic Disorders, 1979, 23 - 26.
- 24 - Safferman, A., Lieberman, J.A., Kane, J.M., Szymanski, S. and Kinon, B.: Update on the Clinical Efficacy and Side Effects of Clozapine. Schizophrenia Bulletin, 1991, 17, 2 : 247 - 261.
- 25 - Stephen, P.J.; Williamson , J; Drug induced parkinsonism and Parkinsonism in the elderly, Lancet 1984, ii : 1082 - 1083.
- 26 - Strachan, A.,M. : Family Intervention for the Rehabilitation of Schizophrenia: Towards Protection and Coping. Schizophrenia Bulletin, 1986 , 12;4: 678 - 698.
- 27 - Swett, C; Drug induced dystonia . American Journal of Psychiatry 1975, 132: 532 - 534.

28 - Tarsy, D. Neuroleptic-induced extrapyramidal reactions: classification, description, and diagnosis. *Clinical Neuropharmacology* 1983, 6(suppl 1) : S9 - S26.

29 - Van Putten, T.; Marder, S.R.; Behavioral toxicity of Antipsychotic drug. *Journal of Clinical Psychiatry* 1987, 48 (suppl 9) : 13 - 19.

30 - Van Putten, T.; May, P., R., A.: Subjective Response as a Predictor of Outcome in Pharmacotherapy. *Archives General of Psychiatry*. 1978, 35, april : 477 - 480.

31 - Vann Putten, T.; May, P., R., A.; Marder, S.R. and Wittmann, L.A. Subjective Response to Antipsychotic Drugs. *Archives General of Psychiatric*, 1981, 38: 187- 190.

32 - Weiden, P.J. and Olsson, M. : Cost of Relapse in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* . 1995, 21,3: 419 - 429.

33 - Weiden, P.; Rapkin, B., Mott, T., Zygmunt, D., G., Horvitz-Lennon, and Frances Allen. Rating of Medication Influences (ROMI) Scale in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* , 1994, 20,2 : 297- 310.

34 - Wyatt, R.J. and Clark, K. . Calculating the Cost of Schizophrenia. *Psychiatric Annals* , 1987, 17: 9 / 586 - 591.

ESTA TESIS DE GRADO
SOLICITA SU REGISTRO

35 - Falloon, R.H. ; Liberman, R.P. Interactions Between Drug and Psychosocial Therapy in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin . 1983, 9,4: 543 - 562.

36 - Simpson, G.M.; May, P.R.A. Esquizofrenia: Tratamiento somático. En Tratado de Psiquiatria, Kaplan, H.I. ; Sadock, B.J. 2da ed. Masson-Salvat, Barcelona, 1992 , pag 707 -718.

DISTRIBUCION POR SEXO (FRECUENCIA Y PORCENTAJE)

	FRECUENCIA.	%
MASCULINO	14	79.17
FEMENINO	4	20.83

TABLA 1

**PSICOPATOLOGIA AL INICIO
DE LA ENFERMEDAD
N= 18**

ALUCINACIONES	100 %
 AISLAMIENTO	
 SOCIAL	100 %
 APATIA	100 %
 CONDUCTAS	
 EXTRAÑAS	95.84 %
 IDEAS DELIRANTES	95.84 %

TABLA 2

No. DE NEUROLEPTICOS ADMINISTRADOS ANTES DEL TX ACTUAL.

No. DE NEUROLEPTICOS	No. DE PACIENTES	%
1	3	16
2	4	22.2
3	5	27.77
4	2	11.11
5	3	16
6	1	5.5

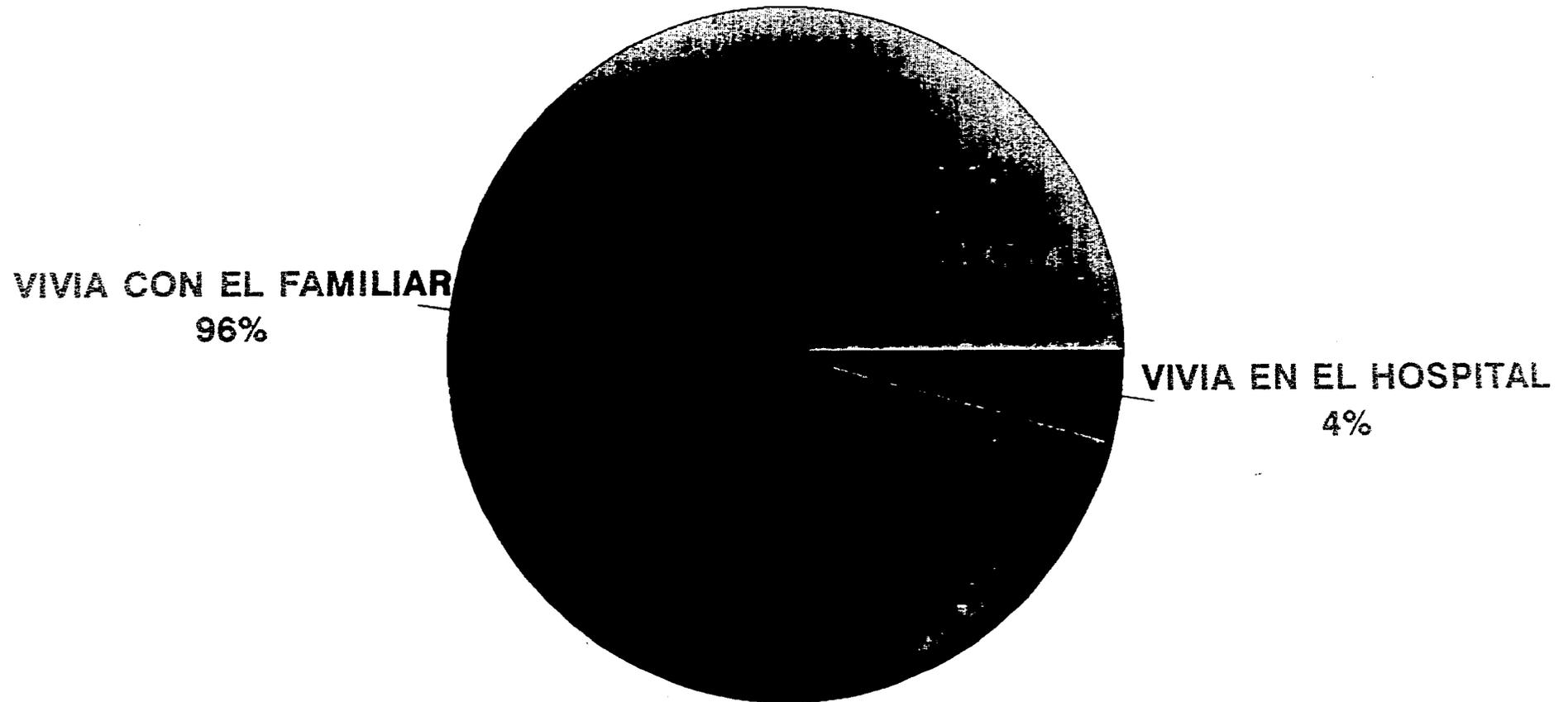
TABLA 3

FRECUENCIA DE NLP EN EL TRATAMIENTO ACTUAL.

TRATAMIENTO	PACIENTES	%
HALOPERIDOL	2	11.1
TRIFLUOPERACINA	7	38.88
CLOZAPINA	5	27.77
PENFLURIDOL	3	16.6
TIORIDAZINA	2	11.1

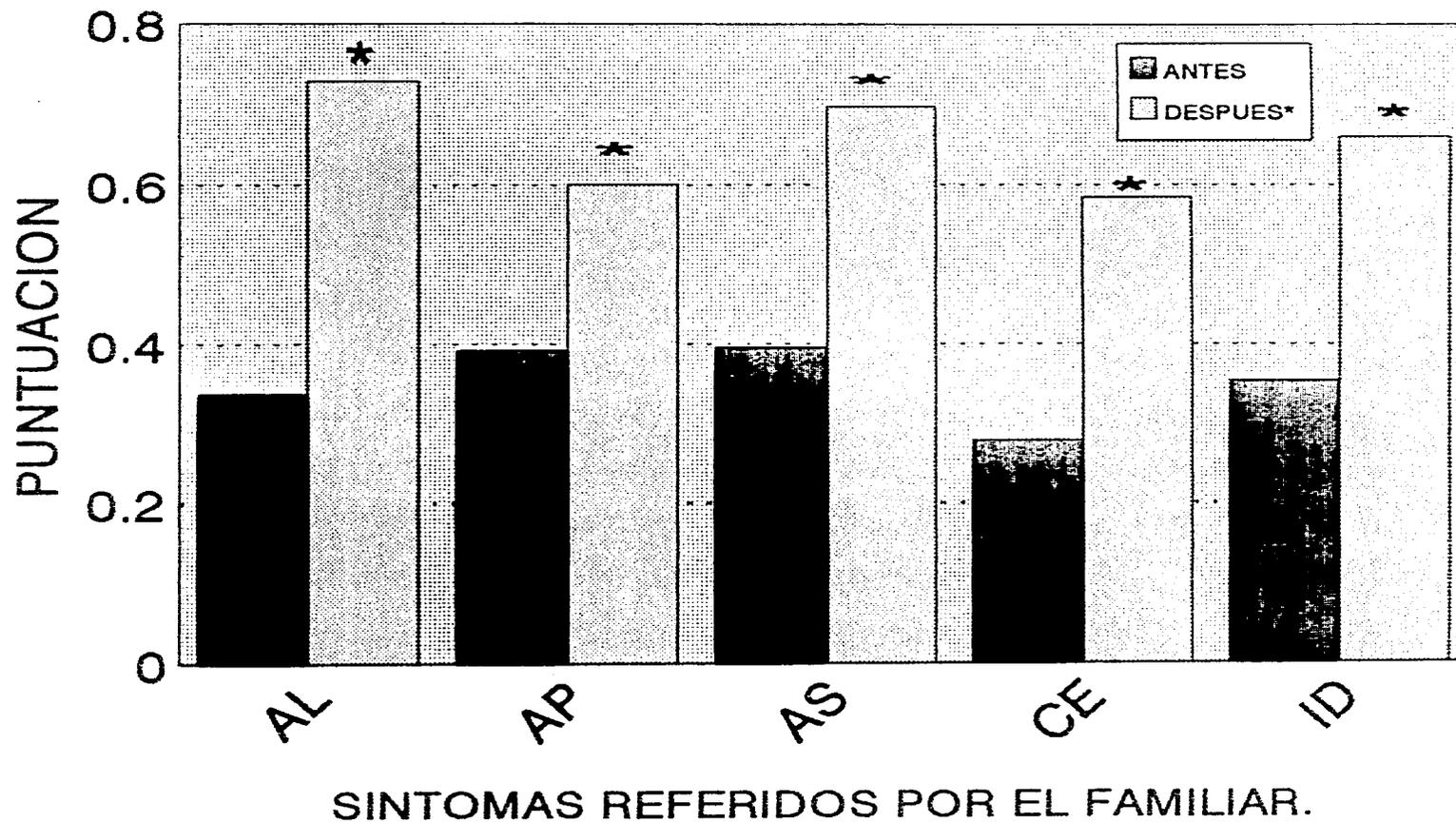
TABLA 4

SITUACION FAMILIAR



GRAFICA 1

MEJORA DE LA PSICOPATOLOGIA TRATAMIENTO CON NLP ACTUAL

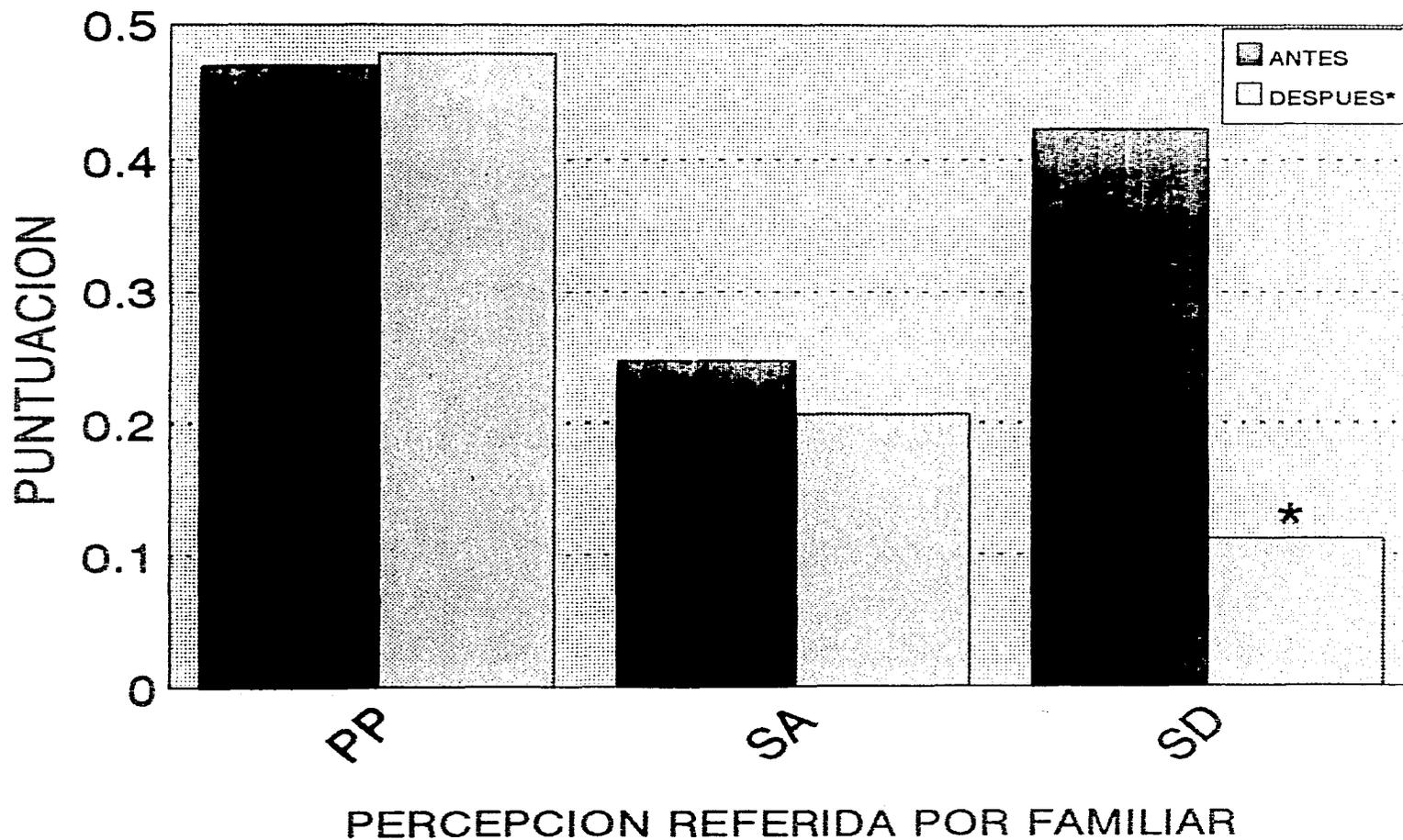


*P < .05

(AL=Alucinaciones, AP=Apatia , AS=Aislamiento social,
CE= Conductas extrañas, ID=Ideas delirantes)

GRAFICA 2

PERCEPCION DE OTROS SINTOMAS SECUNDARIOS ANTES Y DESPUES DEL TX ACTUAL

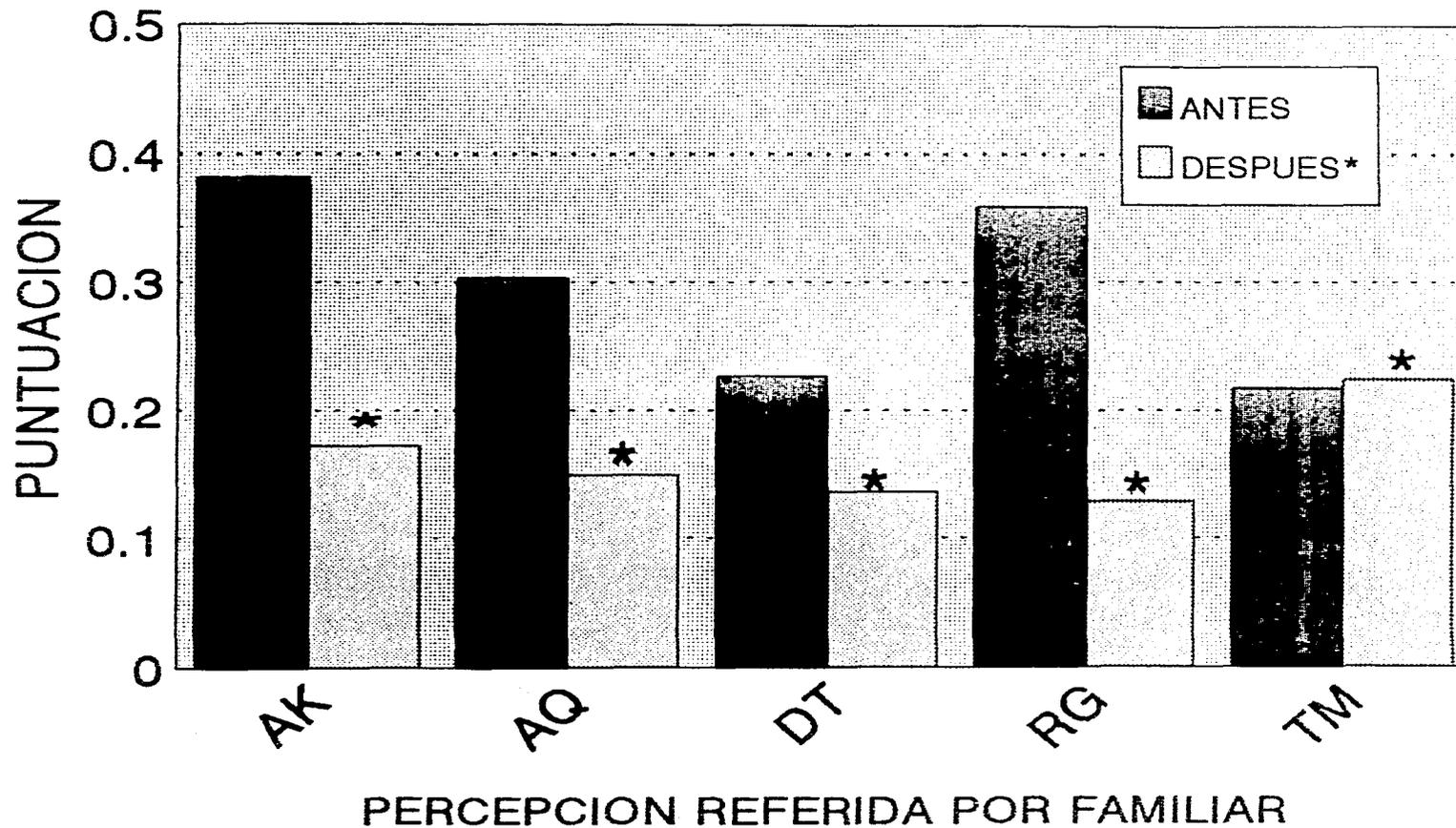


* $P < 0.0001$

(PP= Aumento de peso, SA= Salivación, SD= Sedación)

Gráfica 3

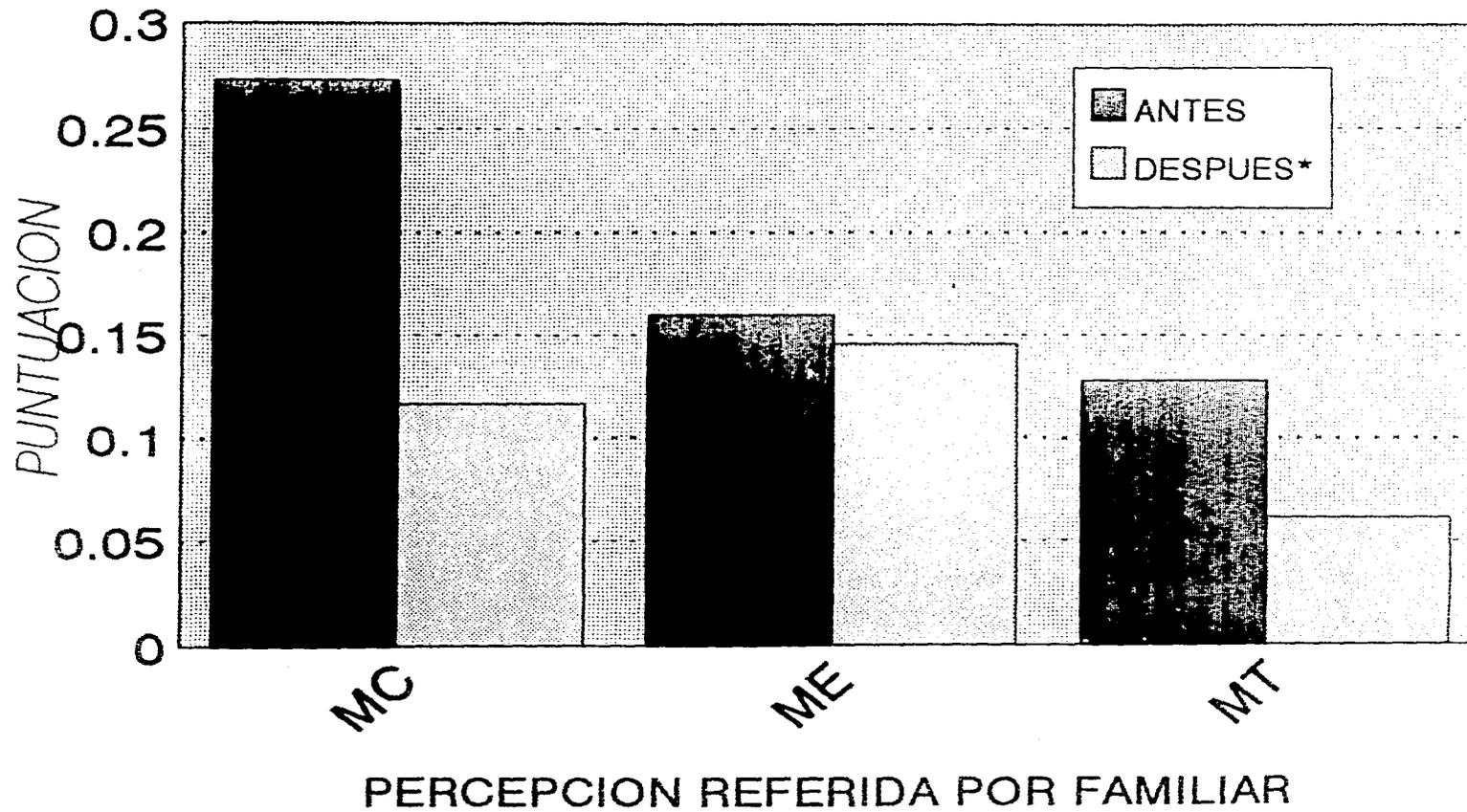
PERCEPCION DE SINTOMAS EXTRAPIRAMIDALES TX ACTUAL



$P < .05$

(AK. Acatisia, AQ= Aquinesia, DT= Distonía de torsión,
RG= Rigidez , TM= Temblor)

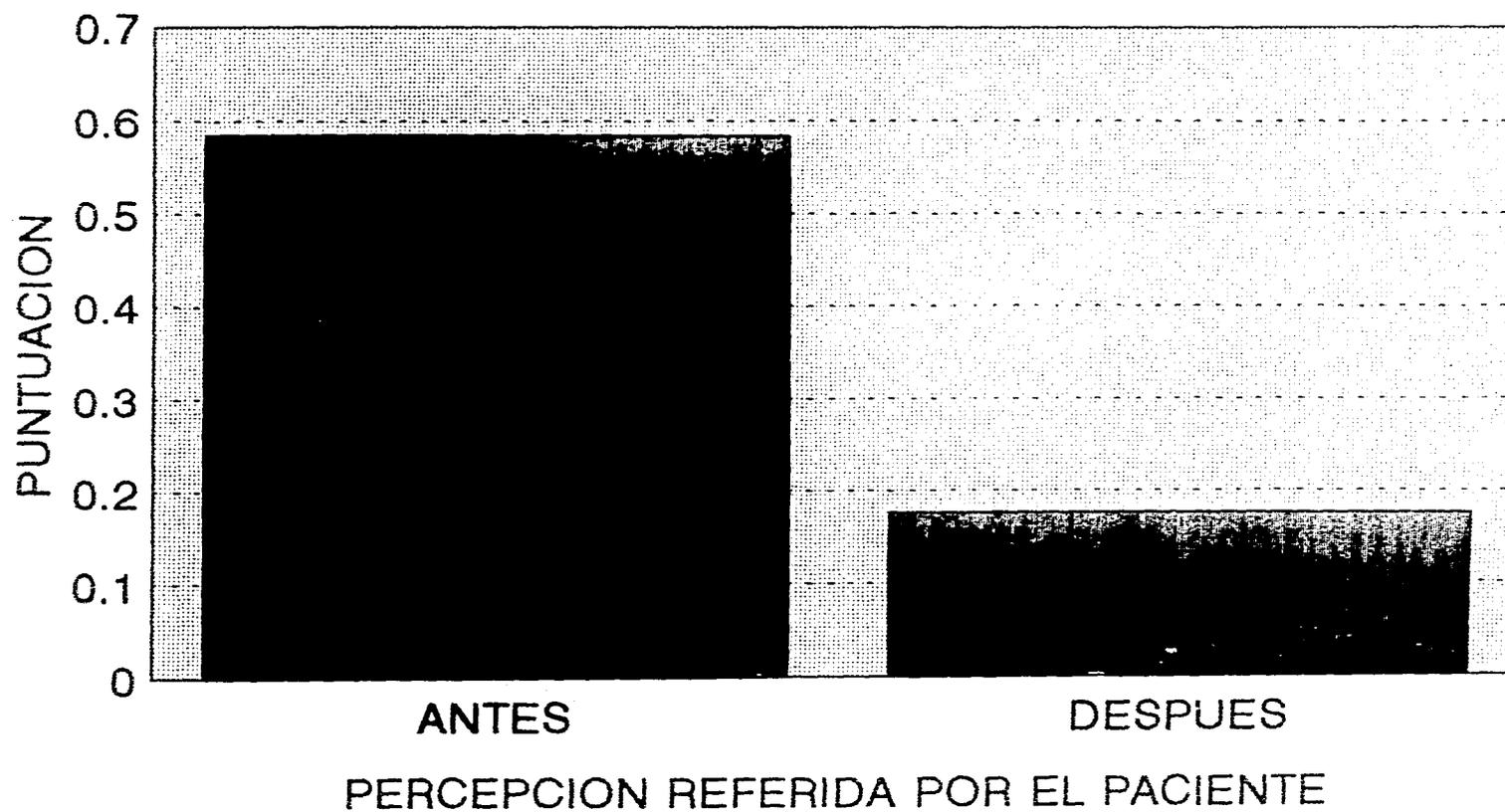
PERCEPCION DE DISQUINESIA ANTES Y DESPUES DEL TX ACTUAL



(MC= Movimientos de la cara, ME = Movimientos de las extremidades
MT= Movimientos del tronco)

GRAFICA 5

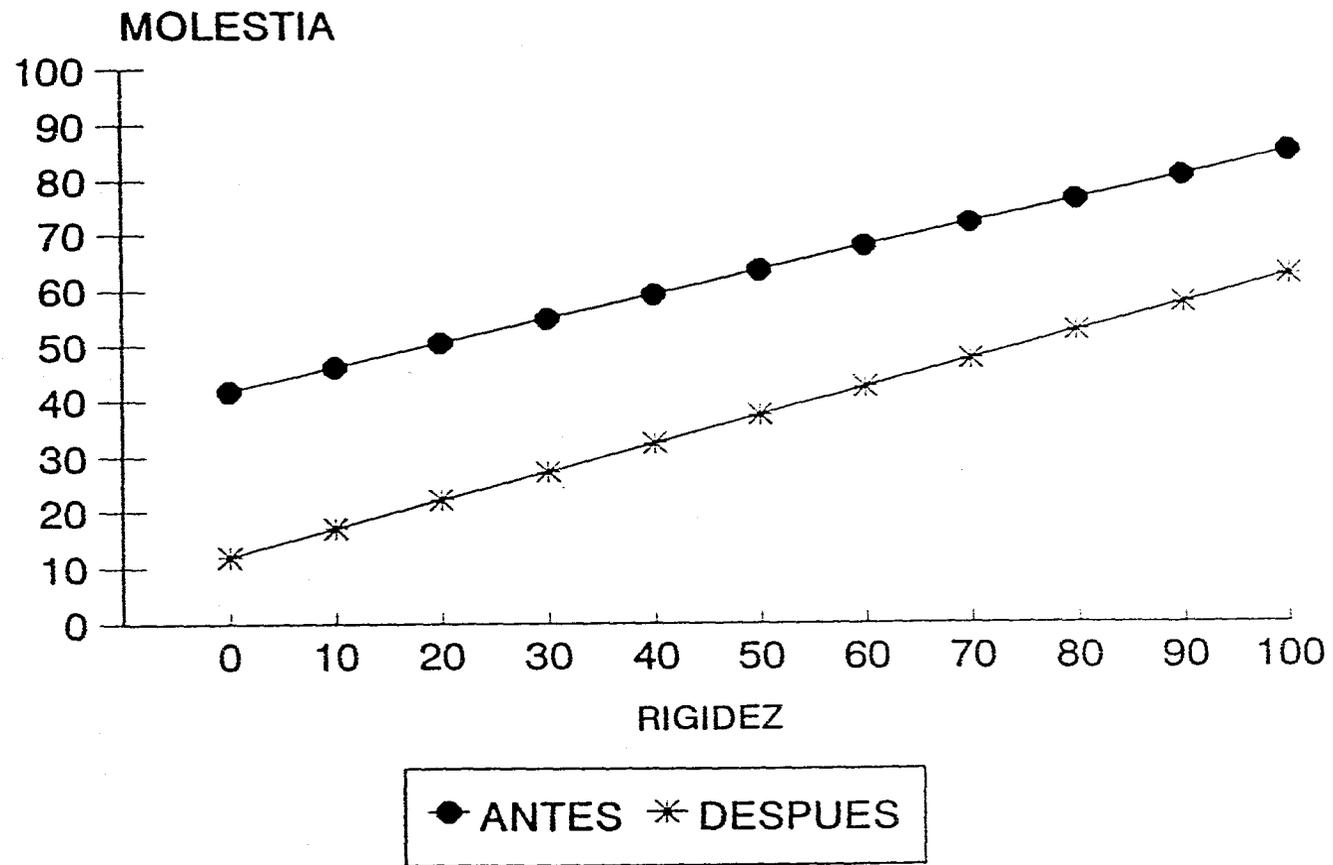
MOLESTIAS SECUNDARIAS AL NEUROLEPTICO TRATAMIENTO ACTUAL



P = .000

GRAFICA 6

MOLESTIAS EN EL PACIENTE EN FUNCION DE LA RIGIDEZ PERCIBIDA POR LOS FAMILIARES
EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS



Gráfica 7

12.6 ausente muy severas.
Distonías de torsión /_____/

El paciente presentaba contracciones intensas e imprevistas de los músculos del cuello, los ojos, la cara u otros músculos, que cedían relativamente pronto.

12.7 ausente la más severa
Sedación /_____/

El paciente pasaba gran parte del día dormido o somnoliento.

12.8 ausente el más severo
Aumento de peso /_____/

El paciente subió de peso, se veía más gordo y/o la ropa no le quedaba.

12.9 ausente los más severos.
Otros (Especifique) /_____/

13.- RECOMENDO A SU PACIENTE QUE NO TOMARA EL MEDICAMENTO POR ESTA CAUSA?, SI _____ NO _____.

14.- DEJO DE ADMINISTRARLE EL MEDICAMENTO POR ESTOS EFECTOS SECUNDARIOS?, SI _____ NO _____.

15.- DISQUINESIA TARDIA ANTES DEL MEDICAMENTO ACTUAL.
(El paciente presentaba movimientos extraños que no se mencionan en la parte anterior, especialmente cuando abandonaba el tratamiento).

15.1 ausentes los más severos.
Movimientos de la cara /_____/

(Gestos, muecas, movía la lengua como si tuviera un dulce en la boca o la saca, tronaba los labios, fruncía los labios, etc.)

15.2 ausentes los más severos.
Movimientos en las extremidades /_____/

(Los brazos, antebrazos, piernas o dedos en las extremidades se contorsionan de manera incontrolable por el paciente).

15.3 ausente los más severos.
Movimientos en las extremidades /_____/

(El paciente se balanceaba, se mecía o movía todo el cuerpo sin sentido aparente.).

20.- EFECTOS SECUNDARIOS AL MEDICAMENTO ACTUAL.

20.1	ausente	la más severa.
Rigidez	/ _____ /	
20.2	ausente	la más severa
Aquinesia	/ _____ /	
20.3	ausente	la más severa.
Temblor	/ _____ /	
20.4	ausente	la más severa.
Acatisia	/ _____ /	
20.5.....	ausente	la más severa.
Salivación	/ _____ /	
20.6.....	ausente	las más severas.
Distonias de torsión	/ _____ /	
20.7	ausente	la más severa.
Sedació	/ _____ /	
20.8	ausente	el más severo.
Aumento de peso	/ _____ /	
20.9.	ausente	los más severos.
otros(especifique)	/ _____ /	
20.10	ausentes	lo más severo.
otro (Especifique)	/ _____ /	

21.- DISQUINESIA TARDIA ACTUAL.

21.1.-	ausentes	los más severos.
Movimientos de la cara	/ _____ /	
21.2 -	ausentes	los más severos.
Movimiento en las extremidades	/ _____ /	
21.3.-	ausentes.....	los más severos.
Movimientos en el tronco	/ _____ /	

OBSERVACIONES (AGRADECEMOS NOS PROPORCIONE CUALQUIER DATO ADICIONAL SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE, PREVIO AL INICIO DEL TRATAMIENTO ACTUAL, QUE JUZGUE DE INTERES).

fecha ____/____/____
familiar: (parentesco, nombre) _____

gracias.

Si compara al medicamento actual con otros medicamentos recibidos , lo considera:

- mucho mejor.
- mejor.-
- igual que los demás.
- peor.
- mucho peor.

SEGUN USTED, EN QUE CONSISTE SU MEJORIA:

- disminuyeron las alucinaciones .
- las ideas anormales son menos molestas.
- puede realizar sus actividades.
- disminuyeron su ansiedad y su depresión.

OTROS: (especifique):

FECHA (dia/mes/año) ____/____/____

gracias.