



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
CUAUTILÁN**

**EDUCACIÓN SANITARIA EN LA TERAPIA
DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO

P R E S E N T A:

ENRIQUE SÁNCHEZ MARTÍNEZ

ASESOR: M. en F.C. CECILIA HERNÁNDEZ BARBA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES CUAUTITLÁN
UNIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
DEPARTAMENTO DE EXÁMENES PROFESIONALES

FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES CUAUTITLÁN

ASUNTO: VOTOS APROBATORIOS



DEPARTAMENTO DE
EXÁMENES PROFESIONALES

DRA. SUEMI RODRIGUEZ ROMO
DIRECTOR DE LA FES CUAUTITLÁN
P R E S E N T E

ATN: L. A. ARACELI HERRERA HERNANDEZ
Jefe del Departamento de Exámenes
Profesionales de la FES Cuautitlán

Con base en el art. 28 del Reglamento General de Exámenes, nos permitimos
comunicar a usted que revisamos la Tesis :

"Educación Sanitaria en la Terapia del Paciente Esquizofrénico"

que presenta el pasante: Enrique Sánchez Martínez

con número de cuenta: 9460145-1 para obtener el título de :

Químico Farmacéutico Biólogo

Considerando que dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para ser discutido en
el EXAMEN PROFESIONAL correspondiente, otorgamos nuestro VOTO APROBATORIO.

A T E N T A M E N T E

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"

Cuautitlán Izcalli, Méx. a 13 de Octubre de 2006

PRESIDENTE

MFC. Ma. Eugenia R. Posada Caldera

VOCAL

MC. Francisco López Mejía

SECRETARIO

MFC. Cecilia Hernández Barba

PRIMER SUPLENTE

MA. Virginia Oliva Arellano

SEGUNDO SUPLENTE

MFC. Beatriz de Jesús Maya Monroy

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a **Dios nuestro Señor** y a la **Virgen de Guadalupe** por haberme concedido la vida hasta este momento, teniendo la oportunidad de lograr culminar esta etapa de mi vida, por haber colocado en mi camino a todas y cada una de las personas que con una palabra, una sonrisa, un gesto, me alentaron a seguir adelante, gracias por ser mis amigos incondicionales y por mostrarme su grandeza a cada momento, gracias por esta bendición.

A mis Padres **Alicia Martínez Pérez** y **Enrique Sánchez Molina**, por su amor, comprensión, preocupación, paciencia y sacrificios, por motivar mis aspiraciones proyectos y enseñanzas, que formadas me dieron la oportunidad de alcanzar las metas trazadas y el valor, que fuera determinante para la formación de mi espíritu.

A mis hermanos **Héctor** y **Jorge Alberto**, por disfrutar tantas cosas similares y por compartir muchos momentos maravillosos, divertidos y difíciles, que de alguna u otra manera me estimularon a salir adelante.

A mis queridos Abuelos **Carmelo Martínez** y **Reina Pérez**, porque siempre tendrán mi admiración por el ejemplo de fuerza que me han dado durante toda la vida alentándome a seguir adelante y demostrándome que con esfuerzo se logra lo que uno quiere.

A mis sobrinos **Héctor Manuel**, **Abraham** y **Abdalí**, quienes tienen un lugar muy especial en mi vida, ya que con su inocencia llenan mi corazón de ternura, alegría, risas y amor, esperando que esto pueda motivarlos un poco para que, sin importar cuáles sean sus metas en la vida, siempre luchen por alcanzarlas y superarlas.

A mis cuñadas **Maritza** y **Liliana**, por el cariño y apoyo que me han otorgado.

A mi hermano **Alejandro** y mi abuelita **Manuela Sánchez**, aunque en este momento ya no se encuentren con nosotros, siempre los llevaré en mí corazón.

A mi familia **Sánchez Molina** y **Martínez Pérez**, por ser las personas más importantes en mi vida y porque me han ayudado todos ustedes a formarme como ser humano; en especial le agradezco a mi tía **Yolanda** por todo el apoyo incondicional que me ha brindado, a mi tía **Araceli** por inspirarme en la realización de este trabajo y a mi tía **Isalia** porque siempre ha estado dispuesta a ayudarme. A todas ustedes muchas gracias.

A **Anelly** y su familia, por brindarme su amor, confianza y apoyo; por sonreírme, protegerme y creer en mí. Gracias por escuchar mis problemas y ayudarme a encontrar la solución; y sobre todo porque en estos momentos difíciles me alentaste a seguir adelante. Te quiero mucho.

Con cariño a mis profesoras **Cecilia Hernández B.** y **Ma. Eugenia R. Posada**, por todo su apoyo, ánimos constantes, así como la confianza que han depositado en mí en la colaboración y diseño de este estudio; es difícil encontrar palabras de agradecimiento para expresar todo lo que me han aportado. Muchas gracias.

A todos mis **profesores** y **sinodales** de la Universidad, por su disponibilidad en todo momento y sus orientaciones, que han ido más allá de un proyecto académico, siendo una experiencia muy positiva poder compartir todos esos días este trabajo con tan excelentes personas profesionales.

A los **pacientes**, porque a pesar de las severas alteraciones, distorsiones y limitaciones, el sujeto que padece esquizofrenia todavía sigue siendo un ser humano.

A mis compañeros (as) **Ana Claudia, Susana, Oswaldo, Joel, Tiger, José Luis, Israel, Isaí, Sandra, Isela, Francisco, Silvia, Arlette, Claudia, Erika, Heriberto, Moisés, Gabriela, Miguel, Laura, Carlos, María Elena, Domingo, Alejandra, y Yuri**, por todos los momentos agradables que compartí con ustedes cuyo soporte emocional ha estado presente durante todos estos años; en especial a **Ana Claudia, Susana y Oswaldo**, por haber estado siempre cerca de mí cuando más los necesité y a todos los que por una u otra razón haya olvidado.

A la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO** por permitirme formar parte de ella, siendo un orgullo pertenecer a esta institución, y a la **FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES CUAUTILÁN** por brindarme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente.

A todos los **profesores de las escuelas** que llegué cursar, por contribuir en sus conocimientos y experiencias a mi formación académica y profesional.

A los Hospitales, **Clínica 68 del IMSS, Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino”, Hospital Psiquiátrico “José Sayago” e Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”** por las facilidades otorgadas para la realización del presente trabajo.

A todo el personal de **Laboratorio** de la Clínica 68” del IMSS especialmente al Químico **Jesús García** por su apoyo y motivación para seguir adelante.

A través de la información de este pequeño proyecto, quiero potenciar el conocimiento, el manejo y la resolución de los problemas que representa la convivencia con una persona difícil de comprender en su funcionamiento diario. Para ello, me dirijo al elemento clave en todo intento serio de restablecimiento de una persona con esquizofrenia, su propia familia y el entorno inmediato dónde vive, verdaderos pilares de la mejoría de los enfermos, junto con el apoyo terapéutico. Pues hablo de una problemática en la que, sin duda, es necesario el impulso público, pero también el apoyo de toda la sociedad; por lo tanto esta tesis pretende ser una guía didáctica dirigida a los propios enfermos mentales, sus familiares y a la investigación; un hilo conductor que insiste en la voluntad de clarificar ese estado “misterioso e incomprensible”, que cada vez lo es menos.

Todos somos conscientes que éste es un primer paso y que, aunque fundamental, la educación sobre la esquizofrenia debe continuarse, con la enseñanza práctica en la resolución de los “problemas cotidianos”, la mejora de la comunicación y de las relaciones familiares, el enfrentamiento de las cuestiones emocionales, así como otras estrategias de intervención en el ámbito clínico. Está claro que, para la administración sanitaria, el especialista en la salud mental continúa siendo el punto de referencia de todo el crisol de programas asistenciales, que puede ser amparado por una verificación científica, farmacológica y clínica de sus posibilidades y de sus limitaciones.

ÍNDICE GENERAL	PÁG.
Índice de cuadros	
Índice de figuras	
Índice de gráficos	
Abreviaturas	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. CAPÍTULO 1: GENERALIDADES	4
3.1. Historia	4
3.2. Definición	7
3.3. Manifestaciones clínicas	7
3.4. Curso de la enfermedad	9
3.5. Diagnóstico general	10
3.6. Diagnóstico diferencial (CIE, DSM IV)	11
3.7. Etiología	14
3.7.1. Hipótesis genéticas	15
3.7.2. Hipótesis ambientales	16
3.7.2.1. Período prenatal	16
3.7.2.2. Período perinatal	18
3.8. Hipótesis neurobiológicas	19
3.9. Hipótesis estructurales	21
3.10. Mecanismo de la acción biológica del neurotransmisor	25
3.11. Epidemiología	26
4. CAPÍTULO II: MANEJO TERAPÉUTICO	27
4.1. Concepto del manejo terapéutico	27
4.2. Fundamento general de la terapia farmacológica	27
4.3. Tratamiento farmacológico	28
4.3.1. Clasificación farmacológica de los antipsicóticos	30
4.3.2. Farmacocinética y farmacodinamia	33
4.3.4. Mecanismo de acción de los antipsicóticos	57
4.4. Antipsicóticos en la gestación, lactancia y edad adulta	58
4.5. Tratamiento no farmacológico	60
4.5.1. Tratamiento choque con insulina	60
4.5.2. Tratamiento choque cardiazólico	60
4.5.3. Psicocirugía	60
4.5.4. Terapia electroconvulsiva (TEC)	60
4.6. Tratamientos psicológicos	62

	PÁG.
4.6.1. Terapia psicoanalítica	62
4.6.1.1. Psicoanálisis	62
4.6.2. Intervención psicosocial	62
4.6.2.1. Psicoeducación	62
4.6.3. Hospitales y centros de día	63
4.6.3.1. Centros de rehabilitación psicosocial	63
4.6.3.2. Programa de intervención precoz	63
4.6.4. Terapia sistémica o familiar	64
4.6.5. Terapia de recuperación cognitiva	64
4.6.6. Terapia ocupacional-laborterapia	65
4.7. Tratamientos no convencionales	65
4.7.1. Hipnosis	65
4.7.2. Musicoterapia	66
4.7.3. Expresión corporal	66
4.7.4. Acupuntura	67
4.8. Dieta	68
4.9. Hábitos	71
5. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE	72
5.1. Indicación del tratamiento farmacológico	72
5.2. Expectativas (pronóstico)	73
5.3. Causas del incumplimiento del tratamiento y posibles soluciones	74
5.4. Prevención	75
5.5. Centros de apoyo	75
5.6. Monitorización	77
5.7. Exámenes de laboratorio y gabinete	77
5.8. Contenido de la historia psiquiátrica (estudio del paciente)	80
6. CAPÍTULO III: EDUCACIÓN SANITARIA	81
6.1. Justificación	81
6.2. Concepto de Educación Sanitaria	82
6.3. Clasificación	83
6.4. Métodos de comunicación	85
6.4.1. Comunicación	85
6.4.2. Educador	85
6.4.3. Educando	86
6.4.4. Diálogo	87
6.4.5. Auxiliares de la comunicación	87
6.5. Metodología	87
6.5.1. Intenciones, objeto y contenido del estudio	87
6.6. Diseño general	87

	PÁG.
6.6.1. Diagrama de flujo del desarrollo del trabajo	88
6.6.2. Organización de la sesión educativa	89
6.6.3. Selección del tema	89
6.6.4. Revisión bibliográfica	89
6.6.5. Delimitación del campo de estudio	89
6.6.6. Material de apoyo	89
6.6.7. Selección de la institución	90
6.6.8. Presentación del proyecto ante las autoridades	90
6.6.9. Aprobación y asignación del lugar	91
6.6.10. Revisión y tiempo de los módulos temáticos	91
6.6.11. Recursos humanos	93
6.6.12. Recursos materiales	93
6.6.13. Evaluación	93
6.6.14. Sesión educativa	93
6.6.15. Sala de espera	93
6.6.16. Láminas	95
6.6.17. Poster	100
6.6.18. Trípticos	100
6.6.19. Encuesta (Relación con la comunidad, familiares y pacientes)	106
7. RESULTADOS	107
8 ANÁLISIS DE RESULTADOS	111
9. DISCUSIONES	136
10. CONCLUSIONES	140
11. BIBLIOGRAFÍA	141
Anexo1.1 Encuesta aplicada a los asistentes de la sesión educativa	148
Anexo 1.2 Encuesta aplicada a los familiares o amigos del paciente con esquizofrenia	151
Anexo 1.3 Encuesta aplicada al paciente con esquizofrenia	154
Anexo 2. Centros de apoyo	156
Anexo 3. Iniciativas legislativas y políticas	167
12. GLOSARIO	178

ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁG.
1. Alteración de los circuitos encargados de filtrar la información periférica	9
2. Circuitos sinápticos Vía dopaminérgica	20
3. Representación de la Vía serotoninérgica	21
4. Técnicas que permite obtener imágenes para la investigación	22
5. Deterioro cerebral	23
6. Anormalidades estructurales	24
7. Mecanismo de la acción biológica del neurotransmisor	25
8. Mecanismo de acción de los antipsicóticos típicos y atípicos	58
9. Acupuntura con fines terapéuticos	67
10. Aprobación y asignación del lugar para impartir la sesión educativa	91
11. Sala de espera en un Hospital público y sesión educativa	94
12. Láminas empleadas durante la sesión educativa	97
13. Póster	102
14. Tríptico	104

ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS	PÁG.
1. Manifestaciones clínicas de la esquizofrenia	8
2. Clasificación de los trastornos de Esquizofrenia, signos y síntomas de la CIE-10	12
3. Clasificación de los Trastornos Psicóticos de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM-IV	13
4. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de signos y síntomas de la esquizofrenia.	14
5. Riesgo que tienen los familiares de una persona con esquizofrenia de padecer la enfermedad a lo largo de la vida	16
6. Clasificación farmacológica de los antipsicóticos	30
7. Antipsicóticos típicos (estructura)	30
8. Antipsicóticos atípicos (estructura)	50
9. Causas incumplimiento del tratamiento y posibles soluciones	74
10. Recomendaciones para la institucionalización	76
11. Examen de laboratorio y gabinete	78
12. Decisiones acerca de estudios en investigación	79
13. Clasificación de la OMS según las características de la relación que se establece entre el educador y educando	84
14. Revisión y tiempo de los módulos temáticos	92
15. Tabla representativa del cuestionario de los resultados obtenidos relacionados con la comunidad	108
16. Tabla representativa del cuestionario de los resultados obtenidos relacionados con familiares y amigos	109
17. Tabla representativa del cuestionario de los resultados obtenidos relacionados con el paciente	110

ÍNDICE DE GRÁFICOS

PÁG.

1.	Curso de la esquizofrenia durante un seguimiento de 18 meses	10
2.	Riesgo de la esquizofrenia de acuerdo con el mes de parto	18
3.	Incidencia de la esquizofrenia por sexo	26
4.	Contenido de la historia psiquiátrica (estudio del paciente)	80
5.	Diagrama de flujo del desarrollo del trabajo	88
6.	Información relacionada con la comunidad	
6.1.	Edad	111
6.2.	Sexo	111
6.3.	Último grado de estudios	112
6.4.	¿Sabes qué es la esquizofrenia?	112
6.5.	¿Conoces a un familiar o amigo(a) que padezca la enfermedad	113
6.6.	¿Has escuchado alguna vez el tema esquizofrenia?	113
6.7.	¿Crees estar bien informado acerca del padecimiento?	114
6.8.	¿Crees que el tema esquizofrenia es interesante?	114
6.9.	¿Cómo te imaginas las condiciones de un Hospital psiquiátrico?	115
6.10.	El ponente mostró	116
6.11.	El contenido del tema se expuso	116
6.12.	¿Esquizofrenia es?	117
6.13.	¿Uno de los tratamientos de la esquizofrenia es?	117
6.14.	¿La esquizofrenia es curable?	118
6.15.	¿Uno de los factores que origina la esquizofrenia es?	118
7.	Información relacionada con familiares y amigos	
7.1.	Edad	119
7.2.	Sexo	119
7.3.	Último grado de estudios	120
7.4.	Ocupación	121
7.5.	Parentesco del paciente	121
7.6.	¿Cuál es la enfermedad del paciente?	122
7.7.	¿Sabe usted qué es la esquizofrenia?	122
7.8.	¿Cómo te imaginas las condiciones de un Hospital psiquiátrico?	123
7.9.	¿Has colaborado en el tratamiento de la persona con esquizofrenia?	123
7.10.	¿Sabes el tratamiento que se le da a la persona con esquizofrenia?	124
7.11.	¿Sabes cuáles son los medicamentos que toma la persona con esquizofrenia?	124
7.12.	¿Cumple adecuadamente el tratamiento la persona?	125
7.13.	¿Sabes qué problemas o efectos adversos les puede causar los medicamentos que recibe?	125
7.14.	¿Crees que la hospitalización sea lo más conveniente para el paciente	126
7.15.	¿Es necesario que alguno de la familia se haga especialmente cargo del paciente en cuanto a su medicamento?	126

	PÁG.
7.16. ¿Has visto que los medicamentos les producen molestias muy desagradables y es por eso que no se los toma?	127
7.17. ¿Crees conveniente visitar a un médico o farmacéutico para estar bien informado?	127
7.18. ¿Consideras que el paciente o usted deben acudir a algún grupo de apoyo?	128
8 Información relacionada con el paciente	
8.1. Edad	129
8.2. Sexo	129
8.3. Último grado de estudios	130
8.4. Ocupación familiar	130
8.5. ¿Sabes qué es esquizofrenia?	131
8.6. ¿Crees estar bien informado acerca del padecimiento?	131
8.7. ¿Cómo crees que son los tratos y las condiciones de un Hospital psiquiátrico?	132
8.8. Si el médico te diagnosticó esquizofrenia ¿Sabes cuál es tu tratamiento?	132
8.9. ¿Sabes para qué sirven los medicamentos que tomas?	133
8.10. ¿Tomas tu medicamento a la hora correcta?	133
8.11. ¿Alguna vez has dejado de tomar tus medicamentos?	134
8.12. ¿Quiénes te apoyan en tu tratamiento?	134
8.13. ¿Consideras conveniente asistir a algún grupo de apoyo para tratar tu enfermedad?	135

ABREVIATURAS

5-HT	Serotonina
5-HTP	5 - Hidroxitriptófano
A	Respuesta A
AFA	Anomalia física menor
APA	Asociación Psiquiátrica Americana
B	Respuesta B
Buen	Condiciones buenas
C	Respuesta C
CO	Complicación obstétrica
Co 10	Coenzima 10
D	Dopamina
DSM IV	Tratado de la Clasificación internacional de las enfermedades mentales
ECG	Electrocardiograma
EGO	Examen general de orina
Empl	Empleado
Est	Estudiante
Her	Hermano(a)
Hog	Hogar
IC	Indicación según contexto clínico
IE	Indicación excepcional
IR	Indicación rutinaria
Lic	Licenciatura
NC	No contestó
Neur	Neurosis
NMDA	N-metil-D-aspartato
Obr	Obrero
OMS	Organización Mundial de la Salud
PET	Tomografía por emisión de positrones
Prep	Preparatoria
Prim	Primo(a)
Primar	Primaria
Regul	Condiciones regulares
RM	Resonancia magnética
Sec	Secundaria
SEP	Síntomas extrapiramidales
SNC	Sistema nervioso central
SNM	Síndrome neuroléptico maligno
Sobr	Sobrino(a)
SPECT	Tomografía por emisión de fotón único
TAC	Tomografía axial computarizada
TEC	Terapia electroconvulsiva

1. INTRODUCCIÓN

La Esquizofrenia es una de las enfermedades mentales y desconcertantes de la psiquiatría, siendo por años una fuente de reflexión y debate tanto en los círculos científicos como fuera de ellos. Debido al comportamiento y pensamiento que exhiben los pacientes, ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y laborales, por lo que durante mucho tiempo han sido considerados como una vergüenza para la familia y una amenaza social, motivo por el cual eran desterrados o reclusos en sanatorios.

Esta enfermedad constituye la principal causa de incapacidad de origen psiquiátrico en el mundo entero, porque produce alteraciones en la esfera mental, de tal magnitud que el sujeto pierde por completo el contacto con la realidad y por consiguiente toda capacidad para funcionar en los campos laborales y sociales, esto hace que con frecuencia dependan económicamente de sus familiares, lo cual es considerada como una de las enfermedades más catastróficas porque puede causar impedimentos devastadores, pérdidas emocionales y económicas.

Durante el transcurso de la enfermedad el paciente pasa por períodos en los cuales se puede encontrar mejor o peor (remisión o recaída), esto quiere decir que puede vivir por largos períodos sin ningún síntoma, pero a menudo la enfermedad es crónica y el paciente requiere de atención médica y apoyo intensivo.

Su epidemiología es de 1% de la población general y se inicia generalmente en la adolescencia que tiene tendencia a evolucionar hacia la cronicidad y para la cual no existe un tratamiento curativo en la actualidad, lográndose únicamente una remisión de los síntomas con los usos de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. El primero suele ser la base de la intervención terapéutica con este tipo de pacientes, ya que los medicamentos inciden sobre todo en los síntomas positivos, que aparecen principalmente en las fases agudas de la enfermedad, y que una vez controlados estos, pueden permanecer los síntomas negativos, afectando de una manera importante en el funcionamiento psicosocial, al reducir la competencia social, funcionamiento vocacional y la capacidad de solución de problemas.

Aunque algunos medicamentos antipsicóticos denominados de nueva generación inciden en cierta medida en los síntomas negativos, estos siguen constituyendo la principal secuela de la esquizofrenia que interfiere de manera grave con el funcionamiento psicosocial del paciente. Por lo tanto el funcionamiento psicosocial y general de estos pacientes suele mejorar de manera significativa cuando el tratamiento farmacológico se combina con el tratamiento no farmacológico; este último se refiere a los tratamientos psicológicos y psicosociales, diseñados para disminuir los síntomas, angustias, hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida.

Por todo lo anterior es importante aprender a reconocer la enfermedad y poder diferenciarla de otras entidades clínicas, conocer los métodos terapéuticos disponibles y adquirir los conocimientos necesarios para el enfoque racional de los pacientes, para esto la educación sanitaria se encarga de informar, motivar y mantener prácticas y estilos de vida saludables y propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos; sin embargo la educación no es sólo lo que se imparte en programas educativos, sino en toda la acción sanitaria.

Pudiéramos decir que hay dos tipos de educación sanitaria. La primera es la formal, es la que uno se imagina cuando piensa en educación: una conferencia, un folleto, una película, unas diapositivas, pero hay otro tipo de educación informal que se desarrolla en la acción de todos los días de los programas de control, que se desarrolla cuando se ejecutan los programas sanitarios.

Y para conseguirlo, es necesario la organización de un programa educativo que vaya de acuerdo con las instalaciones de un Hospital autorizado, esto con el fin de que en una sola sesión de manera muy general sea explicado y entendido el tema de Esquizofrenia, ya que los asistentes que asisten a estos servicios son diferentes día a día; por lo que es complicado tener un seguimiento de acuerdo a la educación impartida, la cual se llevaría más tiempo en poder entenderla completamente. Es así, que para tener un conocimiento más amplio acerca del tema, se diseñó un método educativo (exposición oral y entrevistas personales) en el que se exponen puntos de importancia para la comunidad, utilizando métodos auxiliares como rotafolio, láminas, folletos, posters y cuestionarios con el fin de brindar una información adecuada y proponer una mejor calidad de vida a quienes interactúan directa o indirectamente con el paciente de esquizofrenia.

Por tal motivo, el Químico Farmacéutico Biólogo puede participar en programas de educación y consejos al paciente que considere prioritarios de acuerdo a esas necesidades, consiguiendo que el paciente y sus familiares estén interesados en su propia salud y tengan una actitud participativa para que comprenda la importancia de seguir el tratamiento farmacológico que se le ha prescrito, correctamente.

2. OBJETIVO GENERAL.

Informar por medio de un programa educativo a la población en general sobre los síntomas y medidas para el tratamiento farmacológico y no farmacológico más adecuado en pacientes con esquizofrenia a través de una revisión bibliográfica y hemerográfica, para lograr que estén mejor informados en el manejo de esta enfermedad.

2.1. OBJETIVOS PARTICULARES.

1. Documentar la información bibliográfica acerca de la Esquizofrenia sobre la importancia de los factores de riesgo etiológicos y el manejo terapéutico, conociendo los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos más adecuados a la población.
2. Generar un programa educativo en un Hospital público, proporcionando la información y estrategias de enfrentamiento de la enfermedad, apoyado por láminas, posters y trípticos informativos.
3. Valorar la sesión educativa, a través de métodos directos e indirectos, mediante un trabajo de campo a distintas personas que estén o no relacionadas con la enfermedad.
4. Resaltar la importancia de la participación del Químico Farmacéutico Biólogo en la recopilación bibliográfica sobre la enfermedad Esquizofrenia como problema de Salud pública.

3. CAPÍTULO I. GENERALIDADES

3.1. HISTORIA

Es difícil encontrar en los libros de historia de la psiquiatría los inicios de la esquizofrenia como una enfermedad diferente de las otras en las épocas remotas, ya que la nomenclatura y descripción empleadas, solo nos permiten encontrar síntomas que en la actualidad podrían corresponder a esta enfermedad. Sin embargo, ha sido objeto de estudio por numerosos médicos, psicólogos, filósofos, sacerdotes y artistas a través del tiempo.

En el año de 1400 A.C. en el Ayur-Veda texto médico de la antigua India se describe una condición que podría corresponder a la actual esquizofrenia la que recomendaba "meditación" y "técnicas de encantamiento" para su tratamiento.¹

Los antiguos griegos hacían mención a un estado de locura delirante con ánimo exaltado. Soranus (I A.C.) consta de una posible relación entre el estado de locura delirante y la melancolía, e incluso describe los episodios mixtos. Aretaeus de Capadocia (I A.C.) hace conexión entre ambos episodios "la melancolía es el principio y parte de la manía"... algunos pacientes después de ser melancólicos tienen brotes de manía... de manera que la manía es una posible variedad de estar melancólico, causada por la bilis negra, la cual subía por el estómago provocando ventosidades, que producían una afectación en el cerebro por vía simpática, dando lugar a la aparición de la manía.¹

En 1806 Heinroth se encarga de la mayoría de los servicios reprobatorios en el campo de la psiquiatría, y se interesa en la "antropología médica" con respecto a aplicar el origen religioso de los trastornos mentales.¹

En el año de 1856, Morel que fue un contemporáneo de Kraepelin, introduce el término demencia precoz, para catalogar a un adolescente que era brillante activo y que luego se volvió aislado, apático y callado. Concibe el pensamiento "Las degeneraciones son desviaciones morbosas del tipo humano normal, hereditariamente transmisibles y sujetas a evolución progresiva hacia la decadencia"¹.

Griesinger (1817-1868) afirmó que la enfermedad mental se debe al funcionamiento morbo del cerebro y aunque la anatomía patológica no encuentre lesiones "es admitido por razones fisiológicas" pero también admite el papel de los conflictos internos y de la represión de las ideas y sentimientos, defendiendo la idea de la analogía entre la ensoñación y los trastornos mentales, que permite la reaparición de sentimientos reprimidos.¹

En el año 1868, se introduce el término catatonia para designar un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica).

Es este mismo año que Sander introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados.¹

En 1870, Hecker introduce el término hebefrenia para describir un cuadro de inicio en la adolescencia, en donde hay una perturbación mental y que irremisiblemente conduce al deterioro del individuo.¹

En 1896, Kraepelin utiliza nuevamente el término demencia precoz y hace una descripción de esta condición mental cuya descripción aún tiene vigencia en la actualidad. Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro y su oposición a la psicosis maniaco-depresiva en donde éste no existe: Identifica tres subgrupos: paranoide, catatónica y hebefrénica.²

En 1911, Bleuler sustituye el término esquizofrenia por demencia precoz ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro y el mismo Kraepelin aceptaba que un 13% se recuperaban. Esquizofrenia significa mente dividida (mente escindida), poniendo un énfasis mayor en la fragmentación de la personalidad que en la evolución. Para Bleuler la esquizofrenia estaba conformada por cuatro enfermedades: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y efecto incongruente.²

En 1933, Kasanin introduce el término esquizoafectivo para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presentan alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión.

En 1939, Langfeldt hace distinción entre proceso esquizofrénico que significa para él inicio temprano, una gran desorganización mental y un curso irremisible hacia el deterioro y la reacción esquizofrénica que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo.

En 1949, Polatín introduce el término pseudoneurótica para designar un tipo de esquizofrenia en las que el trastorno del pensamiento no era tan sobresaliente, pero se mostraban con un frente de síntomas ansiosos que podían hacer pensar en una neurosis de ansiedad pero que no evolucionaban como ella.

En 1952 la Asociación Psiquiátrica Americana en la primera edición del *"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"* clasifica a la esquizofrenia como "reacciones esquizofrénicas" y se incluyen los tipos: simple, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, y tipo residual.

En 1956 Jansen, médico de origen belga tratando de encontrar un analgésico de tipo morfínico, descubre el Haloperidol con efecto neuroléptico sobre todo para el tratamiento de los síntomas positivos como alucinaciones. ¹

En 1959 Carl Shneider menciona que cuando el inicio es agudo las causas suelen ser diferentes. Pueden ser exacerbaciones bruscas de cuadros aparentemente subclínicos no bien definidos, con sintomatología atípica de colorido variado: depresivo, hipocondríaco, neurótico con alucinaciones auditivas más frecuentes en los que aparece bruscamente la sintomatología esquizofrénica, o pueden presentarse sin pródromos previos, apareciendo bruscamente los síntomas de Primer Rango. ²

En 1980 aparece una nueva distinción entre síntomas positivos y síntomas negativos de la esquizofrenia, también llamada esquizofrenia tipo I versus tipo II. *Síntomas positivos*: aquellas experiencias que no debieran tener lugar en ninguna situación normal (síntomas floridos) siendo poco observables. *Síntomas negativos*: la anormalidad reside en la relativa pérdida de alguna función o en la ausencia de comportamientos que la persona debiera presentar, es decir, que el paciente ha dejado de hacer cosas que antes realizaba y que son "observables" La esquizofrenia tipo I tiene una forma de comienzo agudo, se presenta en una edad temprana y con buen nivel, mas años de escolarización, buena respuesta al tratamiento farmacológico y ventrículos cerebrales de tamaño normal. La esquizofrenia tipo II tiene síntomas negativos y anormalidades estructurales cerebrales, como la dilatación ventricular en el TAC, escasa respuesta a los antipsicóticos, funcionamiento instrumental y social empobrecido y mala adaptación. ²

En 1991 la diferenciación positivo/negativa resulta excesivamente simple por lo que los síntomas se identifican en: positivos-negativos-desorganización. En 1995 se obtienen cinco dimensiones: síndrome negativo, síndrome de excitación, síndrome cognitivo, síndrome positivo y síndrome depresivo. En resumen, cualquier subdivisión de la esquizofrenia basada en los síntomas sólo tendría sentido cuando los subtipos o dimensiones demuestren tener algún valor predictivo para la evolución del trastorno o guardar alguna relación diferencial con variables que reflejan procesos etiológicos o patofisiológicos.

3.2. DEFINICIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se entiende por esquizofrenia aquel trastorno mental grave que supone una alteración en el funcionamiento del cerebro, y como consecuencia una alteración en el pensamiento, las emociones, el comportamiento, la comunicación, etc. Si bien es sabido, la mente funciona normalmente gracias a un conjunto de células “neuronas” que actúan en el cerebro, pasando información entre ellas mediante los neurotransmisores. Este intercambio de información posibilita que seamos conscientes de nosotros mismos y de lo que nos rodea.

Durante una crisis esquizofrénica, la persona experimenta una alteración en su sensopercepción (oído, olfato), en su pensamiento o en su afectividad. Todo esto debido, según se ha estudiado, a un exceso de sensibilidad en el receptor de uno de estos neurotransmisores llamado dopamina; se produce un exceso de éste en el circuito de la corriente nerviosa del cerebro. Pero no es esta alteración orgánica la única causante de la enfermedad, si no que existe también un aspecto de genético y estrés ambiental.³

3.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En general las características clínicas incluyen perturbaciones del pensamiento, afecto, sensopercepción, comunicación y comportamiento, estas manifestaciones se han dividido en positivas y negativas como se observa en el cuadro 1. Las positivas confirman la enfermedad y son causadas por un exceso de las funciones normales, contienen:

Alucinaciones que son experiencias sensoriales que provienen de un estímulo externo y que son imaginadas por el paciente, incluyendo las modalidades del tacto, gusto, visual y oftálmica, aunque la auditiva es la más común por el paciente referida a voces amenazantes o que le ordenan hacer cosas así como conversar en forma superficial.

Ideas delirantes que pueden llegar a dominar la ideología y dirigir la conducta que el individuo las considera como existentes a pesar de cualquier intento por hacer que cambie de propósito.

Lenguaje o comunicación que contienen asociaciones laxas e idiosincrásicas, con desorganización donde el habla se hace incomprensible simulando afasia.

Comportamiento con cambios en la higiene personal o el vestir hasta brotes inexplicables de inquietud motora o agresividad.

Por otro lado las manifestaciones negativas que aparecen por lo general en fases crónicas de la enfermedad indican la pérdida de capacidades que el paciente tenía y están representadas por:

Alogia que consiste en una disminución del pensamiento con incapacidad para la palabra hablada.

Abulia es la falta de voluntad o disminución notable de su energía.

Afecto plano es manifestado por respuestas emocionales mínimas ante cualquier estímulo ambiental o interno con presencia de semblanza inexpresiva, escaso contacto visual con el examinador y un lenguaje corporal restringido.

Anhedonia es un aislamiento social acompañado con la depresión.

SÍNTOMAS POSITIVOS	SÍNTOMAS NEGATIVOS
Trastorno sensorio-perceptivos (Alucinaciones y delirios)	Alogia (Falta de capacidad)
Alteraciones del pensamiento (ideas delirantes, asociaciones laxas e idiosincrásicas)	Abulia (apatía)
Lenguaje desorganizado (simulación de afasia)	Anhedonia (Aislamiento social)
Cambios en el comportamiento (agresividad o catatonia)	Aplanamiento del afecto (Desinterés)
Trastornos en la atención (Conducta higiénica)	Aislamiento Social

Cuadro 1. Manifestaciones Clínicas de la esquizofrenia.

Como las funciones ejecutivas residen en el lóbulo frontal que incluyen entre otras, el control y planeación de la conducta motora, el análisis y resolución de los problemas, así como la capacidad para orientar selectivamente los estímulos ambientales, el fenómeno por el cual las personas con esquizofrenia manipulan cantidades bajas de información para resolver problemas sencillos y no concluir las tareas asignadas por la saturación de sus mecanismos cognoscitivos en pruebas complejas que demandan mayor atención, se localizan en un circuito sináptico que transfiere la información hacia los lóbulos frontales y conformado por el sistema reticular, el tálamo, los ganglios basales y la corteza frontal, el paciente tiene una disfunción tal que ingresa una excesiva información a la corteza, o bien el volumen de datos es el adecuado pero carecen de la suficiente capacidad para procesarlos, de igual manera, la memoria y el aprendizaje están disminuidos, quizás por disfunción en los ganglios basales, los lóbulos frontales o el sistema temporo-límbico. Figura 1.

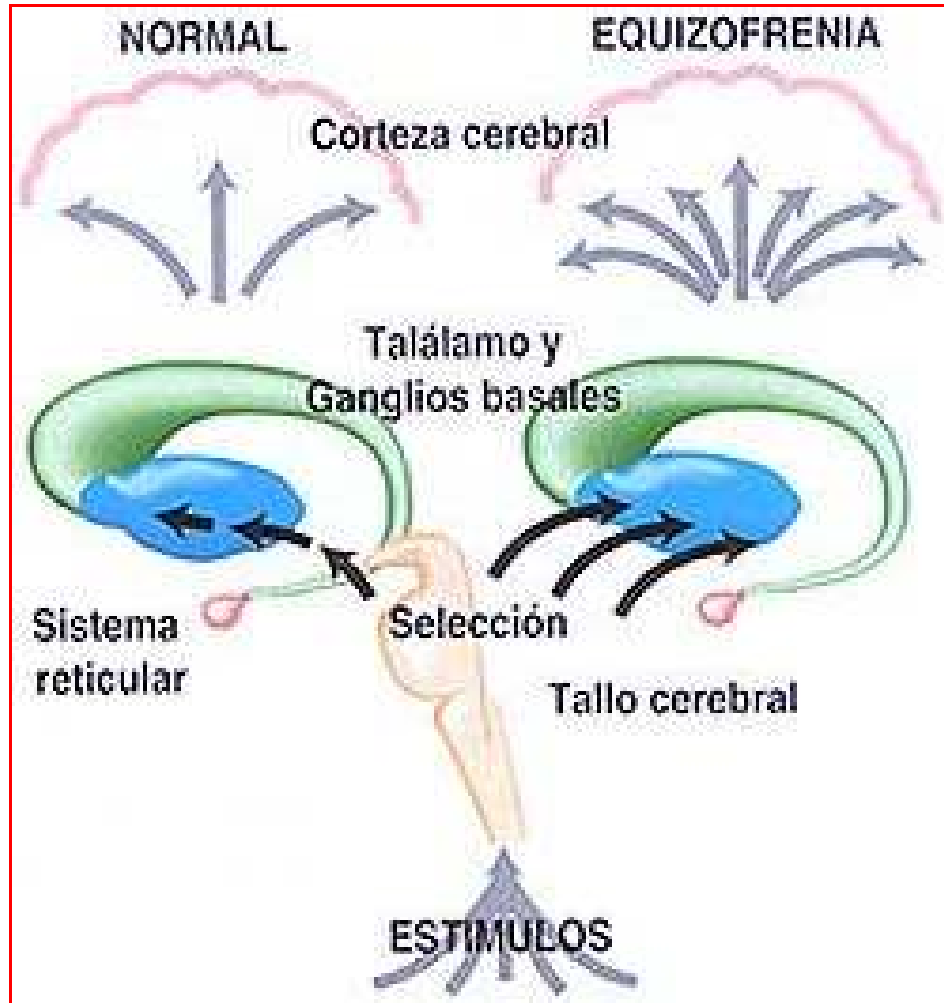


Figura 1. Alteración de los circuitos encargados de filtrar la información periférica.

3.4. CURSO DE LA ENFERMEDAD

El curso de la esquizofrenia es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos; en cuanto a su evolución, no es frecuente la remisión completa del trastorno. Por otro lado es difícil de predecir la enfermedad ya que algunos sujetos tienen un curso relativamente estable, pero otros empeoran progresivamente, como se observa en el Gráfico 1, de acuerdo a la alternancia de las fases antes descritas en el transcurso de la patología se puede observar que existen varios tipos de fases: ⁴

- Fases agudas que son fases de continuación y estabilización con remisión completa o parcial.
- Más de una fase aguda casi sin períodos libres de síntomas.
- Tres fases que se integran en una sin una clara frontera entre ellas.
- Una fase aguda muy prolongada con un gran y definitivo deterioro cognitivo expresado en la fase de estabilización.

Gráfico 1. Curso de la esquizofrenia durante un seguimiento de 18 meses, por lo general es crónico-variable y muestra un patrón de recaídas y remisiones; normalmente los síntomas son similares en cada recaída, aunque su gravedad disminuye con el tiempo.⁴



3.5. DIAGNÓSTICO GENERAL

Las psicosis constituyen un trastorno cualitativo de la personalidad global y por lo general grave, cuya aparición implica a menudo, una ruptura en la continuidad biográfica del paciente, generando una pérdida del juicio de realidad, la cual se puede producir por diferentes causas, por lo tanto, para definir el diagnóstico es necesario analizar otros parámetros de examen psicopatológico (conciencia, psicomotricidad, afecto, atención, concentración y memoria, inteligencia curso del pensamiento, sensopercepción), como así mismo la evolución y formas del curso del cuadro clínico.

3.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Según su examen psicopatológico.

Es una exploración física, mental y descriptiva del paciente, con relación a los cuadros psicóticos que presentan y sé que se diferencian en aquellos que presentan un foco causal explicativo (psicosis reactiva), y los que no lo presentan, (trastornos del afecto). Los últimos, por su parte, se encuentran divididos según el estado de ánimo, exaltado o deprimido y sin alteración o aplanamiento afectivo. Al primer subtipo, corresponderían los trastornos del ánimo, depresión y manía, y al segundo los trastornos, que en relación a la sensopercepción, la forma de presentación y curso, pueden diferenciarse en trastornos delirantes (que tienen un curso crónico, progresivo y sin alteración de la sensopercepción) y los trastornos esquizofreniforme y esquizofrenia (que cuentan con episodio con alteración de la sensopercepción).

2. Según su curso.

Los trastornos psicóticos cuya duración supera el día, pero es menor a un mes, se denominan trastornos psicóticos breves. Ahora bien, si la alteración se prolonga de uno a seis meses, se hablaría de trastorno esquizofreniforme. Por último, si la duración de éste supera los seis meses, se trataría ya sea de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno delirantes.

3. Según las clasificaciones psiquiátricas

La necesidad de poder diagnosticar la esquizofrenia con exactitud en ámbitos y culturas muy diferentes ha impulsado la elaboración de criterios específicos para identificar este trastorno. El sistema más utilizado es el de la Organización Mundial de la Salud, en la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), seguido por el sistema del Manual de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, en el Tratado de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) ^{5,6}

Clasificación de la Organización Mundial de la Salud CIE-10 (OMS)

La Organización mundial de la Salud, en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) distingue a la esquizofrenia como un trastorno que se caracteriza por distorsiones de la percepción (alucinaciones, características alteradas de los objetos, etc.), del pensamiento (bloqueos, concentración de aspectos superficiales, etc.) y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas (superficialidad, caprichos, incongruencias). Generalmente, se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.

Subtipos y Especificaciones

La clasificación diagnóstica de la CIE-10 define cuatro subtipos de esquizofrenia e incluye tres categorías adicionales: esquizofrenia indiferenciada esquizofrenia residual y depresión post-esquizofrénica. Cuadro 2.

Esquizofrenias	Síntomas
Paranoide	Presencia de intensas alucinaciones e ideas delirantes de persecución.
Hebefrénica o desorganizada	Empieza normalmente en la adolescencia y se caracteriza por la predominancia de síntomas negativos, afectividad inadecuada pensamiento desorganizado y fragmentado.
Catatónica	Este tipo es cada vez más raro. Se presentan síntomas motores predominantemente y un retraimiento social extremo, aplanamiento emocional y falta de ideas, vitalidad y motivación.
Simple	Presenta síntomas negativos y positivos de forma ocasional pensamientos y comportamiento extravagantes y anomalías de la percepción.
Indiferenciada	Combinaciones de varios subtipos de esquizofrenia.
Depresión Postesquizofrénica	Los criterios deben haberse satisfecho en los últimos doce meses, mientras que los síntomas depresivos deben ser prolongados.
Esquizofrenia Residual	Suele presentar por lo menos cuatro de los síntomas negativos.

Cuadro 2. Clasificación de los trastornos de Esquizofrenia, signos y síntomas de la CIE-10.

Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana *DSM-IV* (APA)

En lo que refiere a la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana en el Manual Diagnóstico y Estadístico, cuya última versión es el (DSM – IV). Según este sistema diagnóstico, se distinguen nueve subtipos de trastornos psicóticos. Cuadro 3.

Trastornos	Signos y Síntomas
1.- Esquizofrenia *	Es una alteración que dura por lo menos seis meses e incluye un mes por lo menos de fase activa. <ul style="list-style-type: none"> - ideas delirantes, - alucinaciones, - lenguaje desorganizado, - comportamiento desorganizado, - catatónico, - síntomas negativos.
2.- Esquizofreniforme	Equivalentes a la esquizofrenia con excepción a la duración y por la ausencia de un deterioro funcional las características son compartidas con las del criterio A, D y E de la esquizofrenia.
3.- Delirante	Se caracteriza por al menos un mes de ideas delirantes no extrañas, sin algún síntoma de la fase activa de la esquizofrenia.
4.- Esquizoafectivo	Alteración donde se presenta al mismo tiempo un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, seguida por al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin alteraciones del estado de ánimo.
5.- Psicótico breve	Alteración psicótica que dura más de un día y que remite antes de un mes.
6.- Compartido	Ideas delirantes en un individuo influido por otro que presenta ideas delirantes de mayor duración y contenido similar.
7.- Psicótico debido a enfermedad médica	Considerados como consecuencia fisiológica directa de la enfermedad.
8.- Inducido por sustancias	Consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, medicación o exposición a un tóxico
9.- Psicótico no especificado	Clasifica las presentaciones psicóticas que no cumplen con algún criterio para, los trastornos psicóticos específicos o síntomas psicóticos de una información contradictoria o insuficiente

Cuadro 3. Clasificación de los Trastornos Psicóticos de la Asociación Psiquiátrica Americana *DSM-IV* (APA)

* **Nota:** La esquizofrenia presenta 6 criterios que son una mezcla de signos y síntomas son características esenciales de la enfermedad para el diagnóstico, donde se consideran como características esenciales la presencia de dos o más síntomas como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos catatónicos o gravemente desorganizado y/o síntomas negativos. Cuadro 4.

Criterios	Signos y Síntomas
A y C	Trastornos desde 1-6 meses <i>Síntomas (+):</i> Distorsión de funciones normales (pensamiento, percepción, lenguaje desorganizado, delirio, alucinación). <i>Síntomas (-):</i> Pérdida de funciones normales (restricción del ámbito, intensidad en la expresión emocional, alogia, abulia).
B	Estos signos y síntomas se asocian a una marcada disfunción social o laboral.
D y E	La alteración no puede ser explicada por un trastorno esquizoafectivo, del estado de ánimo con síntomas psicóticos o por defectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.
F	Ideas delirantes, alucinaciones en 1 mes.

Cuadro 4. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de signos y síntomas de la esquizofrenia.

3.7 ETIOLOGÍA

La esquizofrenia es uno de los trastornos que más tiempo lleva estudiándose y del que menos se sabe sobre los factores que la causan, lo único que es aceptado de forma unánime en la actualidad es que la etiología de la esquizofrenia es multifactorial, es decir existen dos apariencias etiológicas con el fin de organizar la información, uno es cualquier elemento necesario para desencadenar los orígenes de los síntomas (hipótesis neurobiológicas) y el otro es la combinación de condiciones genéticas, ambientales y estructurales para producir la enfermedad, por lo que un riesgo genético en el embarazo y el parto pueden contribuir en la predisposición del recién nacido para el desarrollo del padecimiento; y por otro lado se han encontrado diferencias anatómicas y funcionales de las estructuras cerebrales en los cerebros de esquizofrénicos.

3.7.1. HIPÓTESIS GENÉTICAS

La esquizofrenia no se hereda de forma definitiva, pero se conoce que el riesgo de padecerla se incrementa, con la existencia de familiares próximos que la padezcan, y que esto se incrementa más, cuanto mayor sea el grado de parentesco.

Estudios han indicado que el riesgo medio de padecer la enfermedad aumenta en los familiares de los casos identificados y que se debe a razones de herencia que ambientales.⁷ Así mismo los antecedentes familiares de sujetos con esquizofrenia que han sido criados por padres adoptivos revela un incremento en la prevalencia entre los parientes biológicos, pero no en las personas relacionadas con el paciente como consecuencia de la adopción.⁸ El aumento es más obvio en los gemelos monocigotos a la de los gemelos dicigotos u otros familiares de primer grado. También la concordancia aumenta en el caso de gemelos femeninos y en los casos de que el gemelo índice desarrolle la enfermedad con mayor gravedad. Ver cuadro 5.⁹

Diversos estudios han tratado de identificar los genes que pueden asociarse a la vulnerabilidad a padecer esquizofrenia pero todavía no se ha obtenido una respuesta satisfactoria. Se desconocen los mecanismos de transmisión, pero se han propuesto algunos modelos que expliquen lo observado:

a) Modelo monogénico:

Menciona la compartición del mismo gen pero con distinto grado de penetrancia para todos los tipos de esquizofrenia, pero si el 30-35% de la descendencia de los pacientes con esquizofrenia desarrolla la patología desacredita este modelo.⁹

b) Modelo heterogénico:

Postula que la esquizofrenia consiste en varias patologías, cada una de ellas asociadas a un *loci* mayor, que se transmite por herencia dominante, recesiva o ligada a cromosoma X.¹⁰

c) Modelo poligénico:

Postula que la esquizofrenia resulta de la combinación de múltiples genes defectuosos, con posibles interacciones con el ambiente, es decir, que el riesgo a desarrollar esquizofrenia se puede ligar a un rasgo con una distribución continua, donde habría un umbral para la expresión clínica de la enfermedad.¹¹ Esta hipótesis explicaría el porque se encuentran expresiones subclínicas en los gemelos y otros familiares de pacientes con esquizofrenia.¹²

Estudios en gemelos y epidemiológicos de familias, han probado que las psicosis atípicas pertenecen al mismo genotipo de la esquizofrenia.¹³ Las regiones que cuentan con mayor probabilidad de tener al menos un gen de predisposición han sido detectadas mediante análisis de ligamento en los cromosomas 5, 6, 8 y 22.¹⁴ El *locus* más probable está en las bandas 22-24 del brazo corto del cromosoma 6 que parece ser el responsable de 15-30% de casos de esquizofrenia incluyendo trastornos afines. Se ha demostrado la asociación de distintos *loci* con la esquizofrenia, incluidos entre otros 22q11-13 1q21-22 (formas familiares), 6p, 13p.^{13, 14} Aunque no se ha encontrado en sí el *locus* de gen esencial para que se manifieste la expresión clínica de la enfermedad no es suficiente el riesgo genético.⁹

Relación	Porcentaje de esquizofrénicos
Gemelo Monocigoto	50
Ambos padres	50
Uno de los padres y un hermano	17
Hermano o Gemelo Dიცigoto	10
Uno de los padres	6
Abuelos	4
Tíos, Sobrinos, Nietos	3
Población general	<1

Cuadro 5. Riesgo que tienen los familiares de una persona con esquizofrenia de padecer la enfermedad a lo largo de la vida, recopilado de estudios con gemelos y familiares.⁷

3.7.2. HIPÓTESIS AMBIENTAL

3.7.2.1 Periodo Prenatal

Nacimiento

Estudios epidemiológicos han observado que la esquizofrenia se asocia con un incremento del 5-8% de nacimientos en los meses de invierno y primavera, sin embargo no se ha especificado aún cual es el factor (infección viral, tratamiento farmacológico para infecciones respiratorias, hábitos de apareamiento de individuos portadores de genes de riesgo para la esquizofrenia, etc.)⁹

Urbanicidad

Se ha observado una mayor prevalencia en áreas urbanas, tampoco está claro el factor común en estas áreas (malnutrición, estrés, infecciones, toxinas, etc.)

Infecciones Virales

La esquizofrenia podría tener un gradiente de prevalencia descendente en el hemisferio norte y ascendente en el Sur.⁹ Las infecciones víricas de la madre representan probablemente una pequeña fracción de padecer la enfermedad durante las estaciones de invierno y primavera.⁹ Ver Gráfico 2. Estudios indican que el riesgo para desarrollar la enfermedad aumenta en madres infectadas viralmente durante el segundo trimestre del embarazo, manejando distintos mecanismos por los que el virus alteraría el proceso de neurodesarrollo:^{4,9}

a) Retrovirosis.

Virus que podrían incorporarse al genoma y alterar la expresión de los genes del huésped y de los descendientes.

b) Virosis actual o activa.

Virus con afinidad al SNC, induciendo al daño cerebral, produciendo las manifestaciones al cabo de 10-30 años más tarde.

c) Patología inmunológica mediada por virus.

Hay dos postulados: Primero, la presencia de virus cerebrales endógenos que colonizan focos específicos, cuya reactivación periódica no provoca síntomas psicóticos; pero cuando las respuestas inmunes deterioran por motivos genéticos o ambientales podrían producir psicopatología. Segundo, que el huésped no reconozca sus propios tejidos y monte una respuesta inmune destructiva; los virus modificarían el patrón de identificación normal por variación de algún componente celular y la síntesis de anticuerpos podría interferir con la función neuronal destruyendo las células o afectando la neurotransmisión en el caso de los receptores.

d) Autoinmunidad.

Los tejidos no se reconocen como propios y se convierten en el blanco de la respuesta inmune.

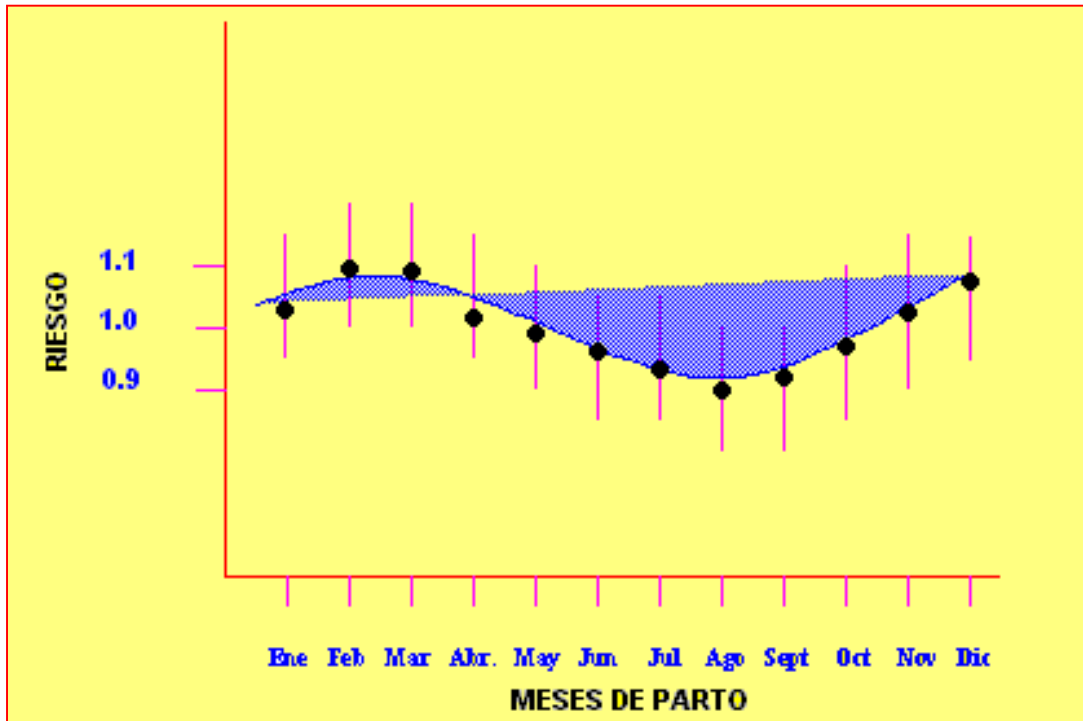
e) Influencia de la virosis maternas en el desarrollo fetal cerebral.

La exposición fetal o la influencia materna durante el 2º trimestre de gestación proponen que algún elemento de la infección altera el desarrollo cerebral en el período de migración de las células neuronales.

f) Virosis inactivas.

Los virus podrían infectar el tejido cerebral en etapas tempranas de la vida.

Gráfico 2. Respectivo riesgo de la esquizofrenia de acuerdo con el mes del parto.



Anomalías físicas menores (AFM)

Son pequeñas alteraciones de las características físicas externas (paladar arqueado, lóbulos de las orejas pegadas, baja implantación de las orejas, etc.), consecuencia de una alteración prenatal en el desarrollo del tubo ectodérmico. Puesto que la esquizofrenia se origina en una alteración de neurodesarrollo, entonces los pacientes esquizofrénicos tendrán una mayor cantidad de AFM; hay evidencias que podrían estar reflejando una alteración del 2° trimestre del neurodesarrollo.^{9, 14}

3.7.2.2. Período Perinatal

Complicaciones obstétricas. CO

Sujetos que han sufrido CO tienen un 50% de probabilidad de desarrollar el trastorno. Es posible que aquellos fetos que están predispuestos, bien genéticamente, bien por presencia de daño prenatal, a padecer esquizofrenia en edad adulta, sufran mayor CO.⁹

Infancia

a) Alteraciones motoras.

Movimientos coreinformes y poca destreza motora se han relacionado con el tamaño ventricular en la edad adulta, se ha descrito el retraso en el desarrollo de ciertas habilidades motoras como el control postural, sentarse y caminar en individuos con alto riesgo para la esquizofrenia.⁹

b) Alteraciones neuropsicológicas.

Estudios han descrito que existe un descenso en la capacidad intelectual y funciones neurocognitas, especialmente en el proceso de información.⁹

c) Alteraciones en relaciones sociales.

Hay anomalías en los factores sociales donde se pueden etiquetar como simples características prodrómicas, aunque el hecho de que algunas de ellas estén presentes más de 10 años lo hace improbable por ejemplo a la edad de 4-6 años les gusta más jugar solos; a la de 10-12 años eran más introvertidos y sin amigos íntimos; a la edad de 15-18 años los profesores informaban que se muestran más ansiosos o los describen como más tímidos y nerviosos en situaciones sociales. Sin embargo, aún no está claro si estas alteraciones sociales son debidas a otros factores de riesgo (procesamiento de información).⁹

3.8. HIPÓTESIS NEUROBIOLÓGICAS

Hipótesis dopamina.

Se plantea que la esquizofrenia está relacionada con un aumento de la cantidad de dopamina existente en la sinapsis o con una hipoactividad de las vías dopaminérgicas. La fenilalanina, precursor para su síntesis, forma tirosina, este es convertido por tirosina-hidroxilasa en dopa la cual a su vez se transforma rápidamente en dopamina por la acción de la dopa-descarboxilasa. La liberación de dopamina por las neuronas cumple las funciones de neurotransmisor.⁴

Algunos investigadores han indicado que los fármacos antipsicóticos, aumentan los niveles de metabolismo de la dopamina, por lo que se pensó que podrían producir una elevación central de la actividad de la dopamina. Autores opinan que la hiperdopaminergia es otro efecto de expresión fisiopatológica, mencionando que la esquizofrenia se caracteriza por una actividad asimétrica con un incremento de actividad dopaminérgica (D₂) en regiones subcorticales que lleva los síntomas positivos (neuronas 10 A) a una disminución de la actividad dopaminérgica en regiones corticales prefrontales (desde área tegmental ventral del mesencéfalo al cortex prefrontal dorsolateral y lóbulo temporal anteromedial del hemisferio dominante) responsable de los síntomas negativos.^{11,15} Figura 2.

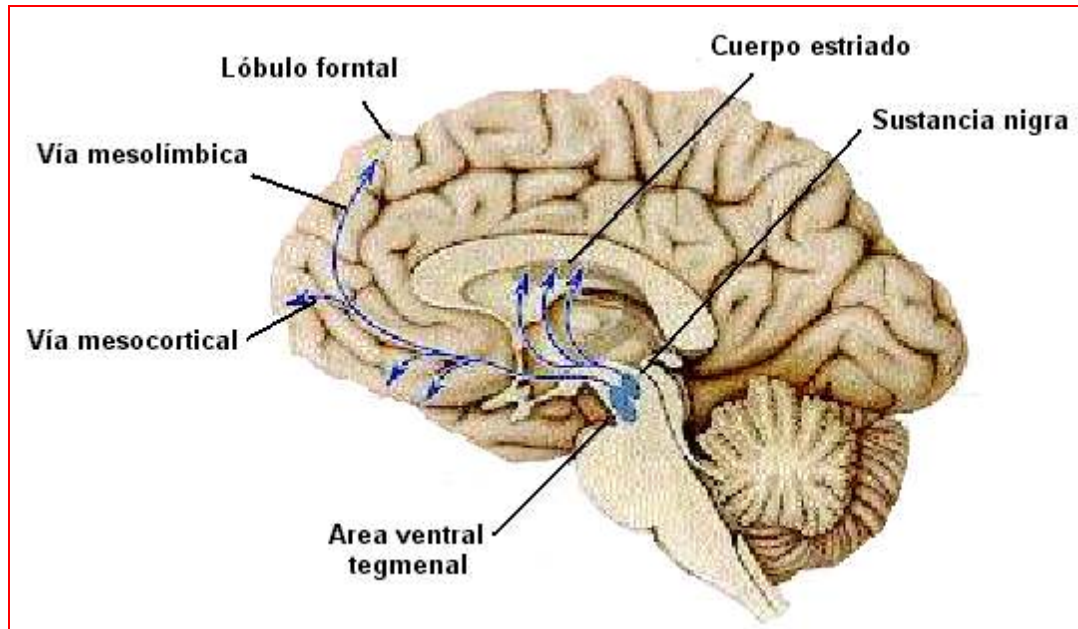


Fig. 2 Circuitos sinápticos, las vías dopaminérgicas mesolímbica y mesocortical están relacionadas con las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Hipótesis serotonina.

El interés por este neurotransmisor se debe a la evidencia de la alteración de los sistemas serotoninérgicos en pacientes deprimidos, así como en varios trastornos de conducta, como la agresividad, impulsividad, intentos de suicidio y esquizofrenia. El triptófano, precursor para su síntesis, es convertido por la triptófano hidroxilasa en 5-hidroxitriptófano (5-HTP), el cual a su vez se transforma rápidamente en 5-HT por la acción de la L-ácido aromático descarboxilasa. La liberación de serotonina por las neuronas cumple las funciones de neurotransmisor. Los receptores 5-HT_{1A} presinápticos son autorreceptores somatodendríticos, ejercen un control inhibitorio de la liberación de serotonina y, por lo mismo, cuando disminuye su efecto por una regulación a la baja (down regulation), se produce un aumento de la liberación de serotonina.⁴

Este neurotransmisor ha concentrado gran parte del interés de las investigaciones en esquizofrenia a partir de la observación de que algunos de los llamados antipsicóticos atípicos actúan sobre la serotonina. En concreto, se ha indicado que es importante antagonizar el receptor tipo 2 de la serotonina (5-HT₂) para reducir los síntomas psicóticos y mitigar los trastornos del movimiento relacionados con el antagonismo de los receptores D₂. Figura 3.

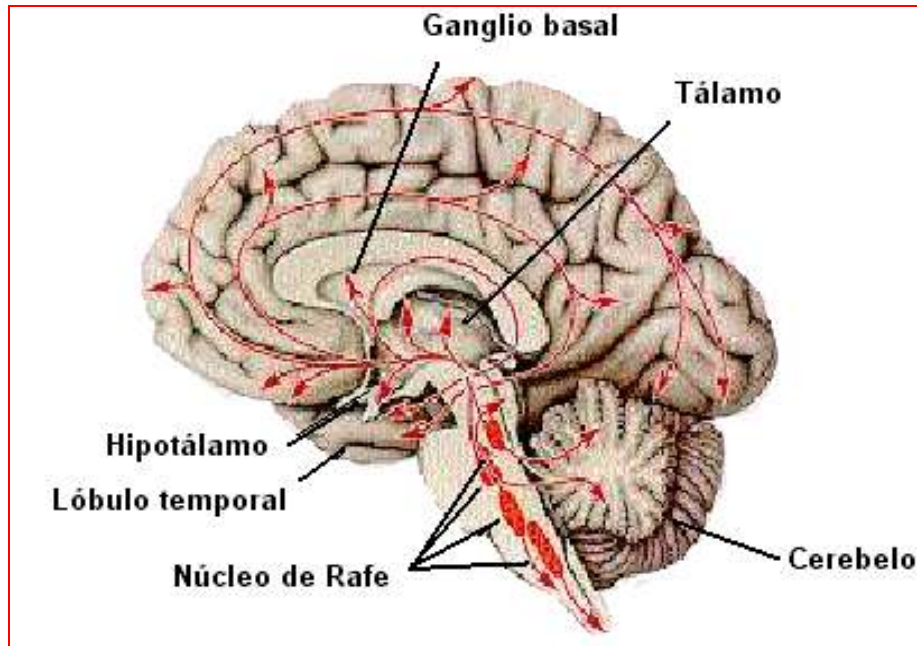


Figura 3. Representación de la vía serotoninérgica en el en el cerebro humano donde comienza desde los núcleos de rafe agrupados a lo largo de la línea central del tallo de cerebro y el proyecto exhaustivamente a todos niveles del Sistema Nervioso Central.

3.9. HIPÓTESIS ESTRUCTURALES

Se refiere a alteraciones estructurales a nivel macroscópico y microscópico. Se han presentado en los últimos años investigaciones al uso de neuroimágenes como la Tomografía axial computarizada (TAC), Resonancia magnética (RM), Tomografía por emisión de Fotón único (SPECT) y la Tomografía por emisión de positrones (PET) para explorar la naturaleza de las relaciones de conducta y cerebro, para observar las diferentes operaciones cerebrales. Figura 4.

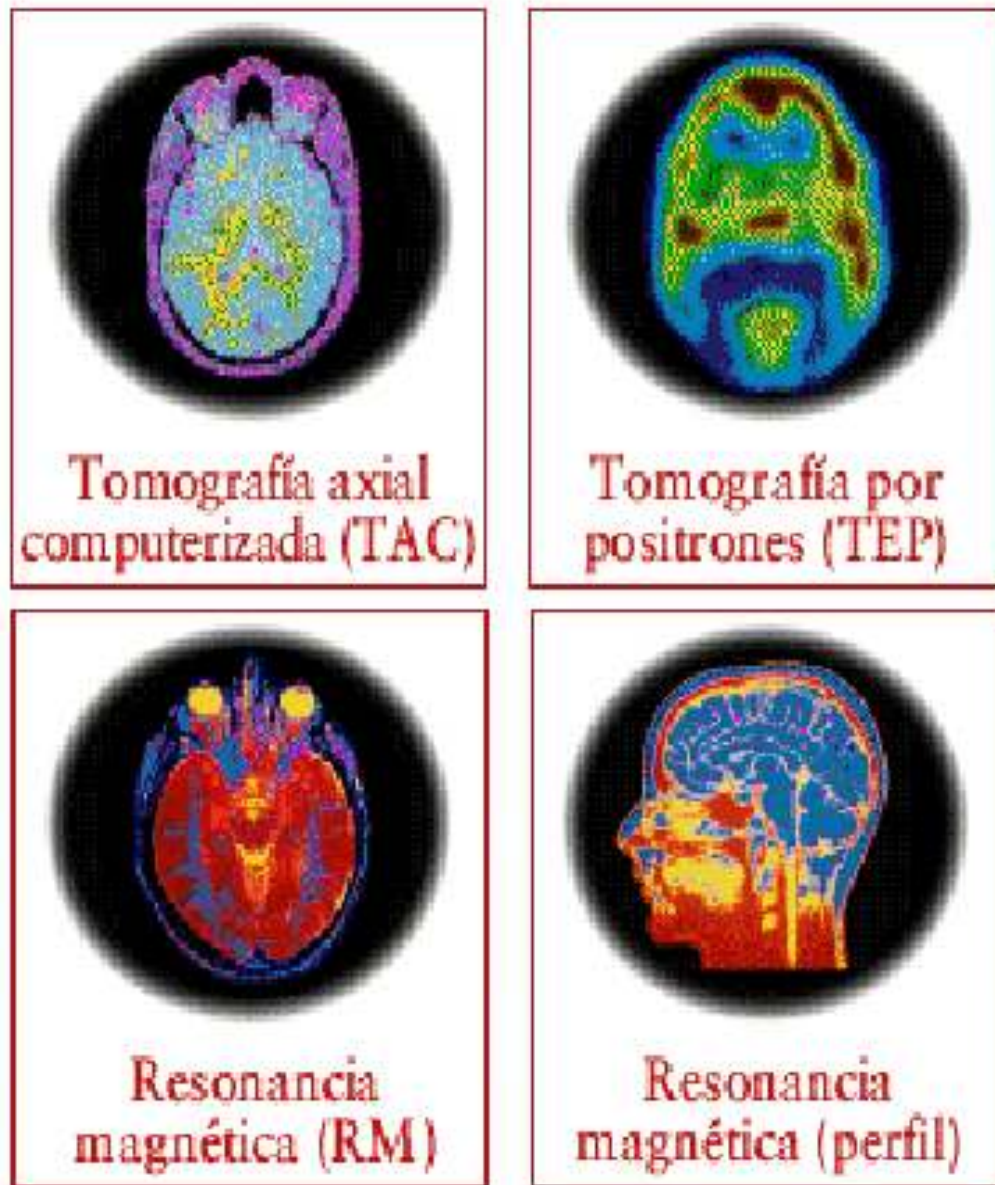


Fig. 4 Técnicas que permiten obtener imágenes para la investigación.

TAC ha demostrado anomalías asimétricas del cerebro y Sistema ventricular que afectan a los lóbulos frontales y hemisferio izquierdo, reflejando fenómenos que tuvieron lugar durante el desarrollo precoz del cerebro con la esquizofrenia.¹⁶ RM ha obtenido resultados similares, las anomalías en el tamaño del cerebro y del sistema ventricular aparecen en el comienzo de la enfermedad y al fracaso del desarrollo neuronal fetal, la correlación de las anomalías estructurales con síntomas o grupos de síntomas es menos evidente, aunque las asimétricas parecen guardar relación con los síntomas negativos que se relacionan con la atrofia del lóbulo temporal izquierdo.¹⁷ Las técnicas como SPECT y PET han mostrado una disminución del flujo sanguíneo regional en los lóbulos frontales,

temporales y parietales en la mayoría de los pacientes, lo cual implica un decremento en la actividad neuronal que se manifiesta como pobreza psicomotriz y desorganización, subjetivo se ve aumentado en el control terapéutico y la conciencia en la enfermedad en pacientes que se niegan a estar enfermos y que no cooperan con la administración de sus fármacos. Figura 5.

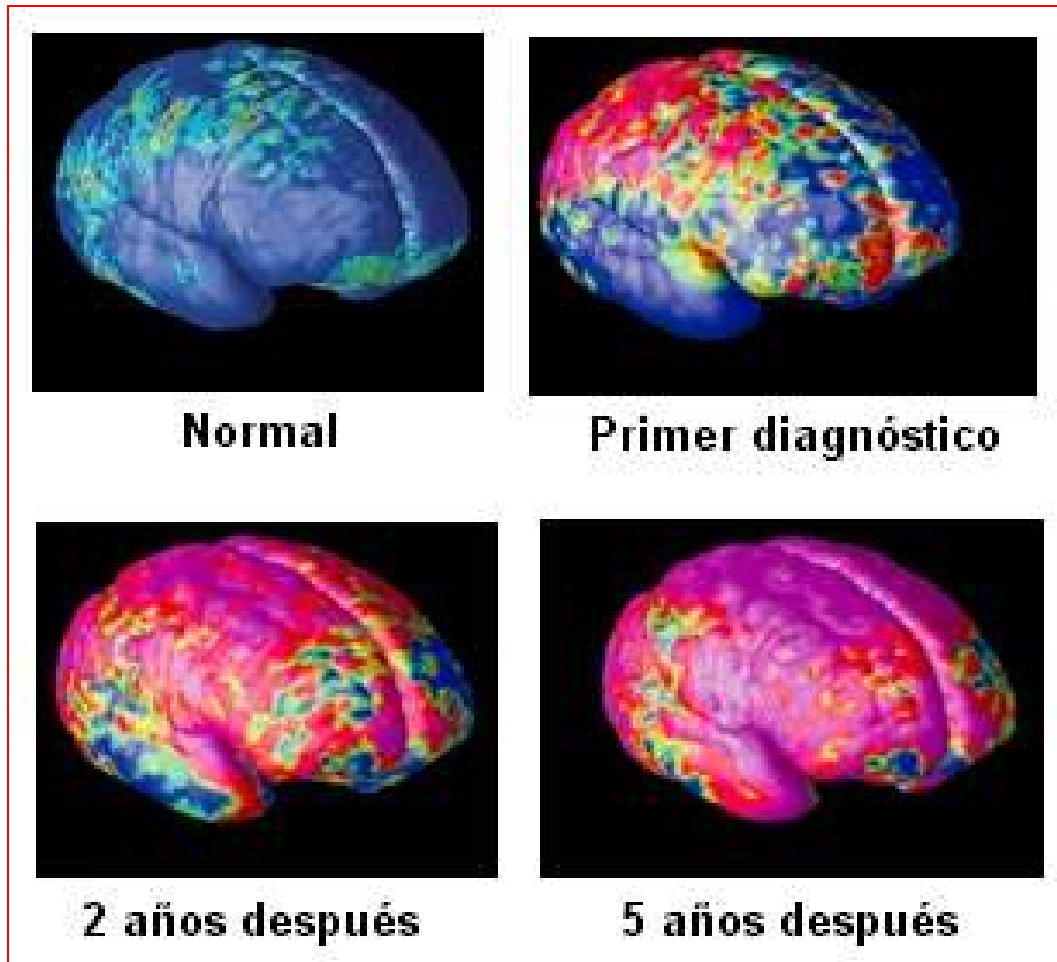


Figura 5. Deterioro cerebral en esquizofrenia. Los primeros hallazgos consisten en lesiones posteriores (rosa) que junto con el incipiente compromiso prefrontal afectan la integración de la información proveniente del exterior lo que usualmente se traduce en alucinaciones. Durante los próximos 5 años las anomalías comprometen las cortezas más anteriores.

Por otro lado se han demostrado alteraciones morfológicas y asimétricas cerebrales mediante el análisis de estudios postmortem, encontrando disminución de pesos en estructuras encefálicas cerebrales, atrofiaciones de áreas de Broca e Hipocampo, disminución de sustancia gris y blanca en los lóbulos frontales y temporales, alargamiento de los ventrículos cerebrales, incremento en el tamaño del cuerpo calloso, atrofia del lóbulo frontal, flujo de sangre reducido en el lóbulo frontal, no muestran activación hemisférica durante el desarrollo de tareas

verbales, alto incremento en la actividad hemisférica izquierda cuando llevan a cabo tareas. Figura 6.¹⁸

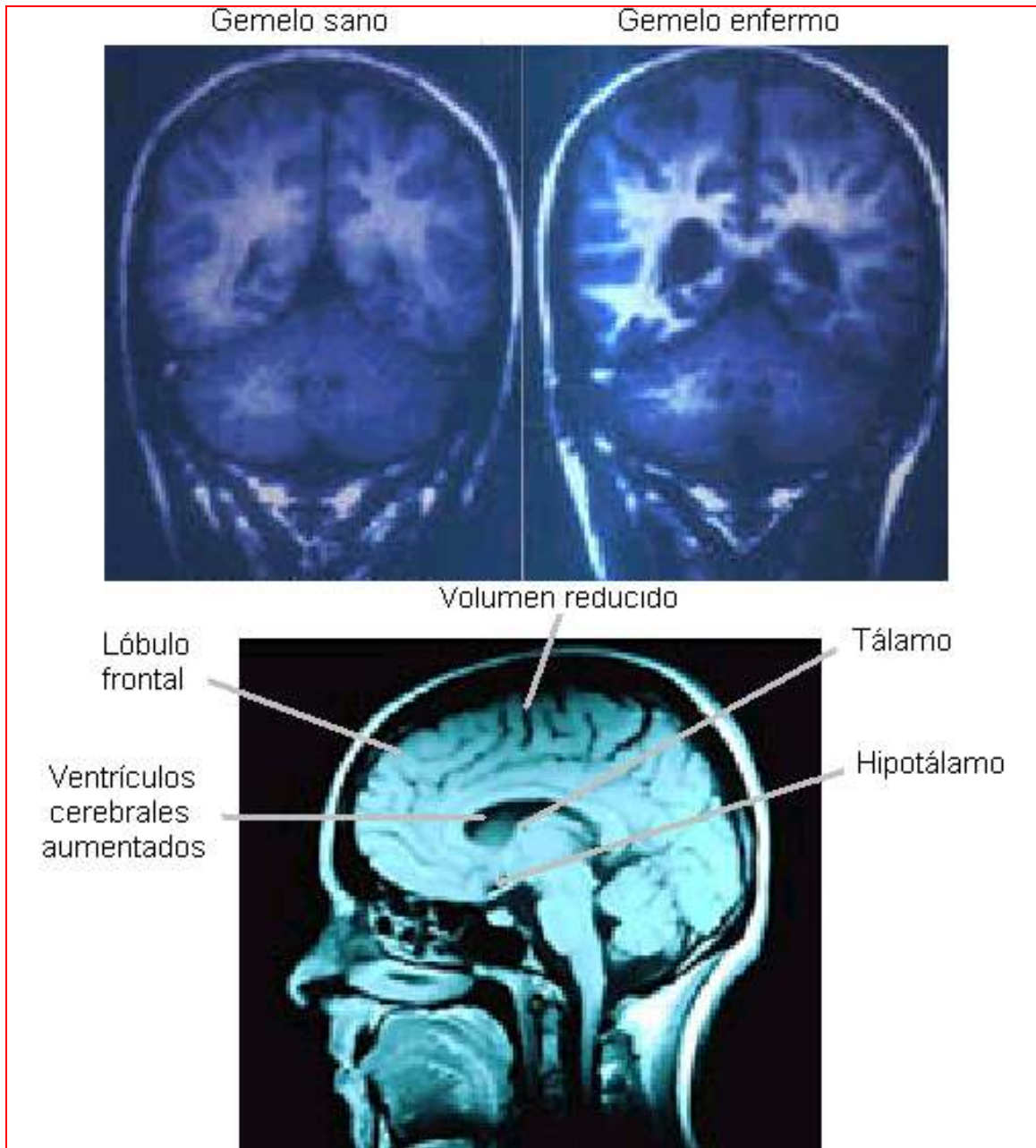


Figura 6 Ejemplo de algunas anomalías estructurales posiblemente implicadas en la patogénesis de la esquizofrenia, en la imagen superior se muestra los ventrículos alargados del paciente con esquizofrenia, mientras que en la imagen inferior se muestran los sitios alterados. Cortes coronales y sagitales.⁴

3.10. MECANISMO DE LA ACCIÓN BIOLÓGICA DEL NEUROTRANSMISOR

Hay cuatro receptores en la vía dopaminérgica considerados como los principales responsables en el mecanismo de la acción biológica del neurotransmisor, el D_1 se encuentra en la corteza cerebral, el D_2 en el cuerpo estriado, por último D_3 y D_4 predominan en el sistema límbico. La neurona dopaminérgica que proviene del área ventral tegmental o sustancia nigra contiene a los receptores presinápticos, unos se encuentran en el cuerpo celular (autorreceptor somatodendrítico) con la función de controlar la frecuencia de disparo de la neurona; el segundo receptor presináptico (autorreceptor terminal) se localiza en la región distal del axón y es el responsable de controlar la cantidad de dopamina liberada; al ser liberado el neurotransmisor al espacio sináptico, este es recaptado por el receptor de la neurona postsináptica la cual envía la señal hacia ganglios basales, corteza frontal o sistema límbico. Se postula que los síntomas positivos resultan de una hiperactividad dopaminérgica mesolímbica, mientras que los síntomas negativos son consecuencia de una hipoactividad dopaminérgica en la corteza frontal dorso-lateral junto con una hiperactividad serotoninérgica. Figura 7

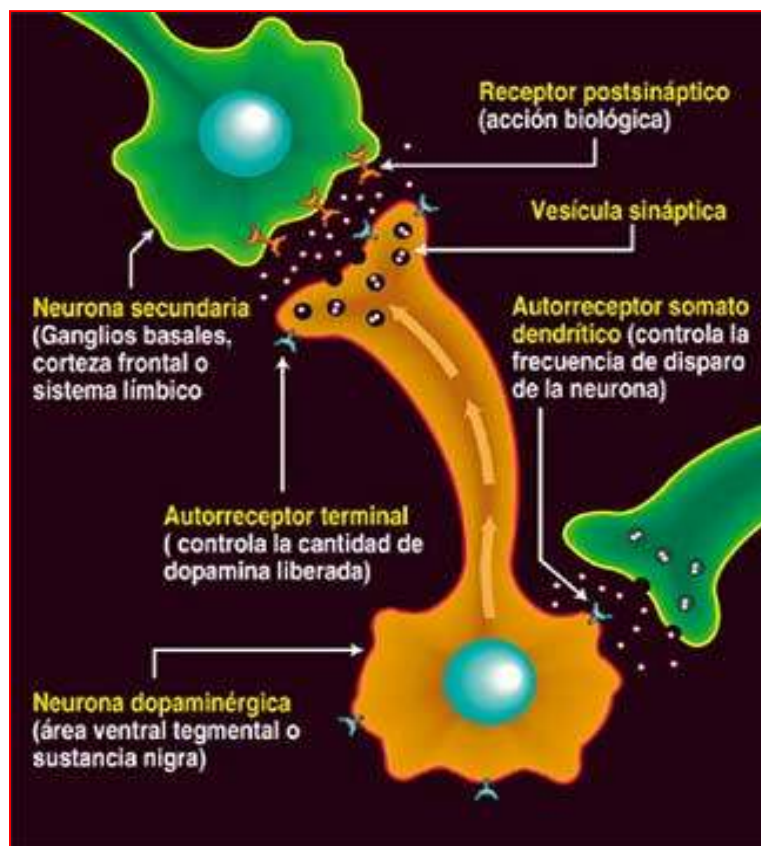


Figura 7. Receptores dopaminérgicos. Los receptores presinápticos están encargados de controlar la liberación de dopamina, mientras que los postsinápticos son los responsables de la acción biológica del neurotransmisor.

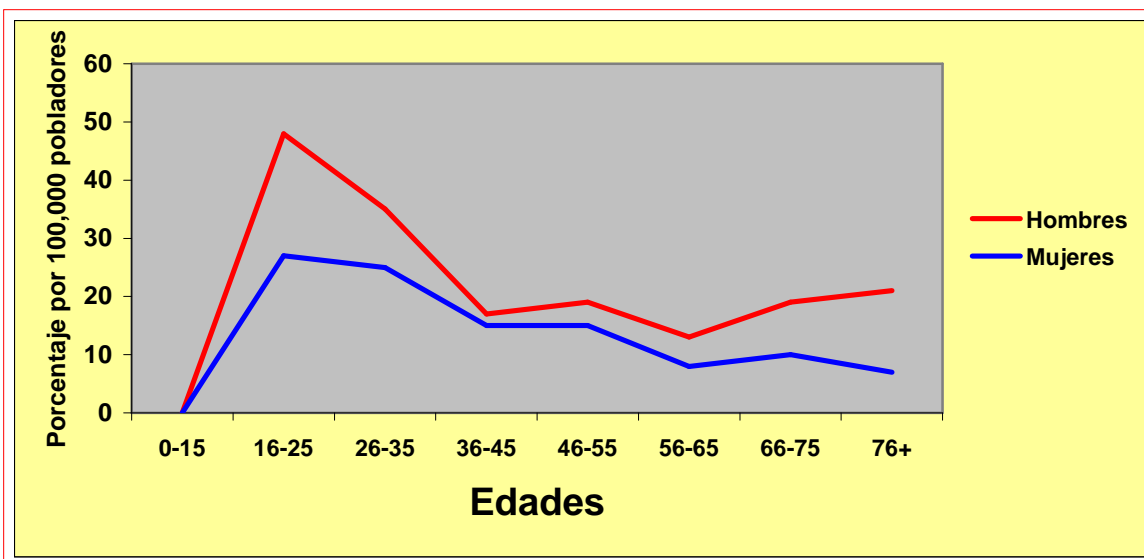
3.11. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la esquizofrenia en la población general es cercana de 0.5 a 1% de los pacientes muy lejanos del esquizofrénico. En la mayoría de los pacientes se inicia durante la adolescencia o a comienzos de la edad adulta, siendo su aparición más temprana en el sexo masculino, en México es considerada como el tercer padecimiento entre los trastornos mentales más recurrentes, luego de la ansiedad y la depresión y existen aproximadamente entre 900000 mexicanos con este padecimiento. ^{4,20}

Como se observa en la gráfica 3, el pico de incidencia en hombres se encuentra entre los 15 y 30 años de edad, mientras que el de las mujeres ocurre entre los 20 y 35 años, siendo más frecuente en hombres que en mujeres en una relación aproximada de 3 a 1, por lo que se piensa que las hormonas femeninas sirven como freno en la aparición, aunque lo hacen, en todo caso, para retrasarla, no para evitar su inicio. ^{4,13}

Rara vez aparece en la infancia o después de los 40 años. Se han encontrado cifras en concordancia situándose en un 0.0001% antes de los 13 años y de un 0.14 % por debajo de los 15 años, lo cual supone una prevalencia cincuenta veces inferior a las presentadas entre los 15 y 54 años, pero algunas publicaciones literarias sostienen que el 13% de los pacientes con esquizofrenia presentan las primeras manifestaciones en la quinta década de la vida, 7% en la Sexta y el 3% en la séptima o después. ^{4,19}

Gráfico 3. Incidencia de la esquizofrenia por sexo.



4. CAPÍTULO II: MANEJO TERAPÉUTICO

4.1 CONCEPTO DE MANEJO TERAPÉUTICO

El manejo terapéutico es todo aquel medio farmacológico y no farmacológico que sirve para curar o tratar un enfermo afecto de un determinado estado patológico, siendo evaluado sobre una base adecuada de conocimientos que van a ser aplicados.²³

4.2. FUNDAMENTO GENERAL DEL MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

El manejo terapéutico de los pacientes con esquizofrenia se divide en farmacológico y no farmacológico, por parte del Químico Farmacéutico Biólogo requiere del conocimiento de la indicación, administración, dosis recomendada, efectos adversos, interacciones farmacológicas así como contraindicaciones y precauciones del fármaco, ayudado por el conocimiento y aplicaciones de efectivas alternativas, las mayorías psicológicas, estas últimas tratadas por el médico psiquiatra. En este tema se revisan los fármacos que frecuentemente son utilizados, así como las alternativas terapéuticas no farmacológicas que conllevan a un mejor tratamiento.

Los tratamientos se dirigen a tres objetivos:

- 1) Reducir la gravedad de los síntomas psicóticos,
- 2) Prevenir la reparación de los episodios sintomáticos y el deterioro asociado al funcionamiento del individuo.
- 3) Suministrar un apoyo que permita al paciente el funcionamiento al máximo nivel posible. Los medicamentos antipsicóticos llamados también atípicos (por no producir efectos extrapiramidales) para el control de los síntomas de la esquizofrenia superan a los antipsicóticos clásicos en el logro de los objetivos 2 y 3.

Los tratamientos en los trastornos mentales se dividen en dos áreas:

1. Tratamiento farmacológico.
2. Tratamiento no farmacológico.
 - Tratamientos biológicos.
 - Tratamientos psicológicos.
 - Tratamientos no convencionales.

Los esquizofrénicos han adoptado aproximadamente desde 1930 tratamientos de elaboración médica y científica.²¹ Desde los años 70 hasta la actualidad se han publicado pocos estudios de casos en los que se demostraba la aplicabilidad de estas técnicas en pacientes con síntomas psicóticos resistentes al tratamiento

farmacológico, sin embargo en las décadas de los años 80 y 90, se han realizado estudios preliminares, tanto con una metodología de caso único como de comparación de grupos, que si bien no son definitivos muestran resultados consoladores respecto a la eficacia de dichas intervenciones.²² Hasta un 70 y 90% de los pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos tendrán una significancia mejoría clínica o disminución de la sintomatología cuando se tratan con dosis adecuadas de antipsicóticos por suficiente tiempo. Debe esperarse unas 4 a 6 semanas antes de considerar que un tratamiento antipsicótico ha fallado.²³

En cuanto a los tratamientos no farmacológicos, cabe mencionar que algunos de los tratamientos biológicos excepto el electroshock, han sido descartados conforme pasa el tiempo dentro del avance psiquiátrico, sin embargo no podemos dejar de comentarlos ya que son de interés histórico, mientras que los tratamientos psicológicos y no convencionales, son de gran importancia ya que les permite a los pacientes aprender o reaprender habilidades sociales y personales que les sirven para reinsertarse a la sociedad, puesto que un síntoma evidente en pacientes crónicos es el deterioro en el rendimiento social. Por tanto este tipo de intervenciones si está bien diseñado brinda una mayor protección contra recaídas y además provee niveles superiores de adaptación. Cabe destacar que debe entregarse de forma conjunta a un tratamiento farmacológico.²⁴

4.3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los antipsicóticos desde el punto de vista clínico se puede dividir en: Típicos y Atípicos, y se clasifican de acuerdo a su potencia (en el caso de los típicos) y a su estructura molecular.²⁸ Ver cuadros 6,7 y 8. 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, hoy en día, la aparición de nuevos antipsicóticos llamados atípicos precisamente por carecer de tales efectos, ha demostrado la irrelevancia de tal nombre.²⁸

1. ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS O CLÁSICOS

Características Generales

- ❑ Efectividad contra síntomas psicóticos de la esquizofrenia.
- ❑ Poca efectividad contra síntomas negativos de la esquizofrenia.
- ❑ Producen síntomas extrapiramidales.
- ❑ Producen hiperprolactinemia.
- ❑ Costo bajo.

Según potencia

- ❑ De baja potencia:
 - ❑ menos síntomas extrapiramidales.
 - ❑ más síntomas anticolinérgicos.
 - ❑ más hipotensión ortostática.
 - ❑ más sedación.

- De alta potencia:
 - más síntomas extrapiramidales.
 - menos síntomas anticolinérgicos.
 - menos hipotensión ortostática.
 - menos sedación.

Según su estructura química.

- Fenotiazinas (alifáticas, piperidínicas y piperazínicas).
- Butirofenonas.
- Tioxantenos.
- Difenilbutilpiperidinas.
- Dihidroindolonas o Indoles.
- Dibenzoxazepinas.
- Benzamidas.

2. ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS O DE NUEVA GENERACIÓN

Características Generales

- Efectividad contra síntomas psicóticos de la esquizofrenia
- Efectividad sobre síntomas negativos de la esquizofrenia.
- Por lo general no producen síntomas extrapiramidales.
- Por lo general no producen hiperprolactinemia.
- Efectividad en pacientes resistentes a los antipsicóticos clásicos (20-30% de esquizofrénicos).
- Costo elevado.

Según su estructura química

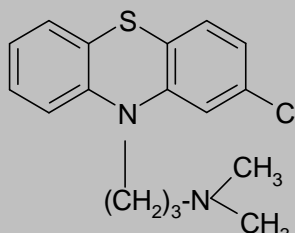
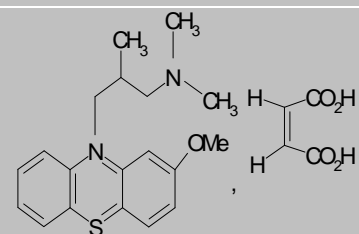
- Dibenzodiazepina.
- Benzisoxazol.
- Tienobenzodiazepina.
- Dibenzotiazepina.
- Benzotiazolilpiperazina.
- Imidazolidina.

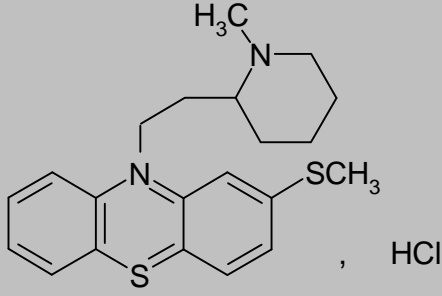
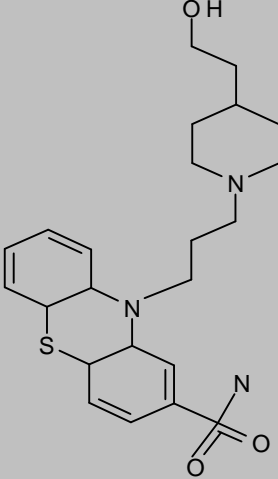
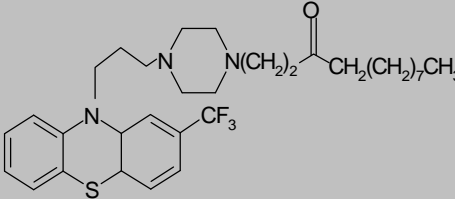
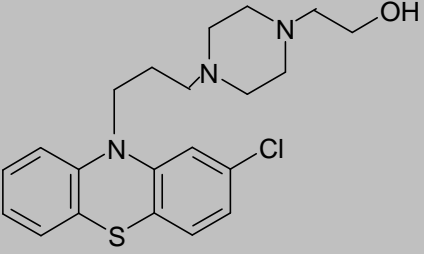
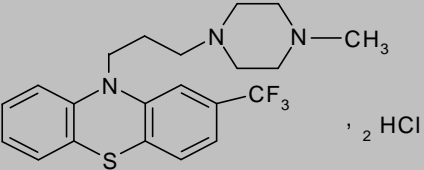
4.3.1. CLASIFICACIÓN FARMACOLÓGICA DE LOS ANTIPSICÓTICOS

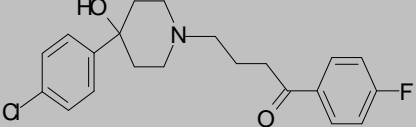
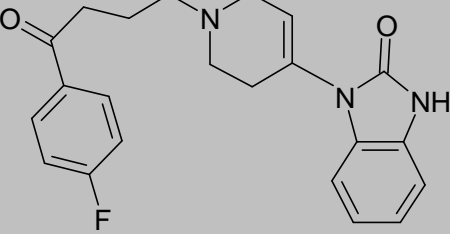
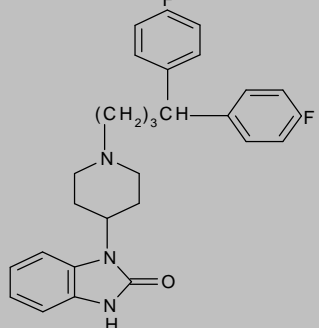
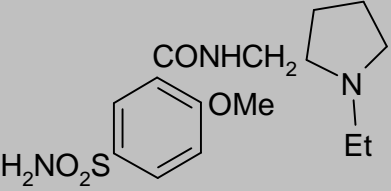
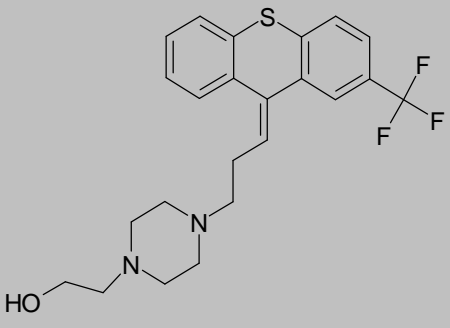
TIPO	CLASE	EJEMPLO
Antipsicóticos típicos	Fenotiazinas Butirofenonas Difenilbutilpiperidinas Benzamidas Tioxantenos Dibenzoxazepinas Dihidroindolonas o Indoles	Clorpromazina, Levomepromazina, Tioridazina, Pipotiazina, Flufenazina, Perfenazina, Trifluoperazina. Haloperidol, Droperidol. Pimozida. Sulpirida. Flupentixol, Zuclopentixol. Loxapina. Molindona, Reserpina.
Antipsicóticos atípicos	Dibenzodiazepinas Benzixosazoles Tienobenzotiazepinas Imidazolidononas Dibenzotiacepinas Benzotiazolilpiperazina	Clozapina. Risperidona. Olanzapina. Sertindol. Quetiapina. Ziprasidona.

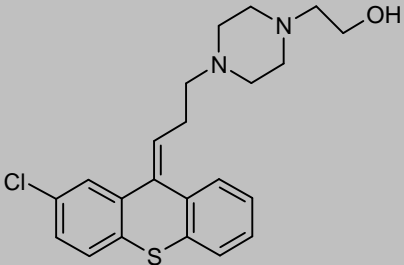
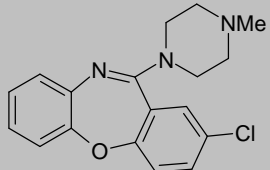
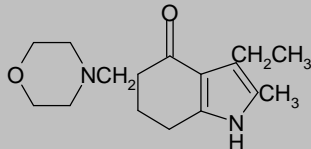
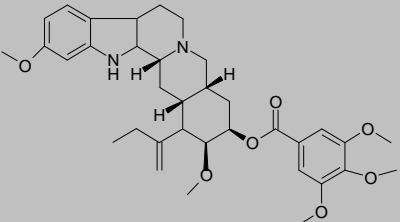
Cuadro 6. Clasificación farmacológica de los antipsicóticos.

Cuadro 7. Antipsicóticos Típicos.

CLASE Y GRUPO	EJEMPLO	FÁRMACO	ESTRUCTURA QUÍMICA
Fenotiazina Alifática	Clorpromazina	N-(3-dimenilaminopropil)-3-clorofenotiazina. 10H-Fenotiazina-10-propanamina, 2-cloro-N,Ndimetil.	
Fenotiazina Alifática	Levomepromazina	Maleato de (-)-10-[3-(dimetilamino)-2moxilpropil]-2-metoxifenotiazina	

Fenotiazina Piperidínica	Tioridazina	Clorhidrato de 10-[2-(1-metil-2-piperidil)etil]-2-(metiltio)fenotiazina. Clorhidrato de 2-metilmercapto- <i>N</i> -[2'-(<i>N</i> '-metil-2-piperidil) etil] fenotiazina.	
Fenotiazina Piperidínica	Pipotiazina	10 <i>H</i> -Fenotiazina-2-sulfonamida, 10-(3-(4-(2-hidroxi)etil)-1-piperidinil) propil)- <i>N,N</i> -dimetil 10-[3-4-(2-hidroxi)etil)-1-piperidinil]-propil]- <i>N,N</i> -dimetil- 10 <i>H</i> fenotiazina-2-sulfonamida palmitato.	
Fenotiazina Piperazínica	Flufenazina	Decanoato de 2-[4-[3-[2-(trifluorometil)-10 <i>H</i> -fenotiazin-10-il]propil]-1-piperazinil]etilo.	
Fenotiazina Piperazínica	Perfenazina	4-[3-[2-Cloro-10 <i>H</i> -fenotiazin-10-il]propil]-1-piperazinetanol 2-Cloro-10-3-[4-(2-hidroxi)etil]piperazin-1-il]propil] fenotiazina.	
Fenotiazina Piperazínica	Trifluoperazina	Diclorhidrato de 10-[3-(4-metil-1-piperazinil)propil]-2-(trifluorometil)-10 <i>H</i> -fenotiazina.	

Butirofenonas	Haloperidol	4-[4-(<i>p</i> -Clorofenil)-4-hidroxipiperidino]-4'-fluorobutirofenona.	
	Droperidol	2-Benzimidazolona, 1-(1-(3-(<i>p</i> -fluorobenzoil)propil)-1,2,3,6-tetraidro-4-piridil).	
Difenilbutilpiperidinas	Pimozida	1-[1-][4,4-Bis(4-fluorofenil) butil]4-piperidinil]-1,3-dihidro-2 <i>H</i> -benzimidazol-2-ona.	
Benzamidas	Sulpirida	5-(Aminosulfonil)-N-[1-etil-2-pirrolidinil]metil]-2-metoxibenzamida, N-[(1-Etil-2-pirrolidinil)metil]-5-sulfamoilo-anisamida	
Tioxantenos	Flupentixol	1-piperazino-etanol, 4-(3-(2-(trifluorometil)tioxanten-9-ilideno)propil).	

	Zuclopentixol	1-Piperazino-etanol, 4-(3-(2-cloro-9H-tioxanten-9-ilideno)propil) 4-(3-(2-Cloro-9H-tioxanten -9-ilideno)propil)-1-piperazinoetan-ol	
Dibenzoxazepinas	Loxapina	2-Cloro-11-(4-metil-1-piperazinil)dibenz[b,f][1,4]-oxazepina	
Dihidroindolonas o Indoles	Molindona	3-Etil-1,5,6,7-tetrahidro-2-metil-5-(4-morfolinylmetil) 4-H-indol-4-ona	
	Reserpina (Rauwolfia)	Metil-18-O-(3,4,5 trimetóxi benzoil) reserpato. Metilreserpato 3,4,5-ácido trimetóxi benzoico.	

4.3.2. FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA

Con el propósito de facilitar la comprensión de la farmacocinética y farmacodinamia de los antipsicóticos, a continuación se presenta un resumen de sus principales datos.

FENOTIAZINAS

CLORPROMAZINA

INFORMACIÓN GENERAL.

Se conforma por dos metabolitos, la 7-hidroxiclorpromazina y la N-desmetil-clorpromazina, se puede reducir la actividad de la estructura, cuando uno o dos de los sustituyentes del metilo u otros del grupo amino terciario de la cadena lateral son eliminados, o también al aumento de tamaño de los sustituyentes amino N-alquilo. Bloquea los receptores postsinápticos de la dopamina en el cerebro, tiene una alta ocupación de 5 HT₂ y como antiemético actúa en la zona quimiorreceptora del bulbo.²⁵

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS**INDICACIONES.**

Es utilizado en los cuadros de esquizofrenia como neuroléptico, sedante, alucinación, previene y trata náuseas, vómitos, ataques severos de hipo intratable, autismo en niños y migraña.^{25,26}

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Solución Inyectable. Clorhidrato de clorpromazina 25 mg.	IM. profunda. 25-150 mg/24 h. en 1-3 aplicaciones.	Para náuseas y vómitos se recomienda 100 mg cada 6 h. en un día.
Comprimido. Clorhidrato de clorpromazina 25 o 100 mg.	Oral. 100-500 mg/24 h. en 1-3 tomas.	

FARMACOCINÉTICA.

Se absorbe en 2-4 h. Se metaboliza en hígado por oxidación microsomal y conjugación con ácido glucorónico uniéndose a proteínas en un 90 %. Pasa a la circulación fetal y leche materna, Su vida media es de 10 h. Es eliminado por orina y bilis.²⁶

EFECTOS ADVERSOS.

Parkinsonismo, acatasia, disquinesia, eritema, urticaria, hipotensión arterial por la acción simpaticolítica, ictericia, lesión hepatocelular, fotosensibilidad, resultados falsos positivos en pruebas de embarazo y a dosis altas afecta la función respiratoria.²⁷

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Insuficiencia hepática, renal, coma, epilepsia, Parkinson, 1er trimestre de embarazo, tumor mamario.²⁷

INTERACCIONES

Intensifica y prolonga la acción de opioides, analgésicos, antihistamínicos, difenilhidantoína y barbitúricos, la nicotina causa somnolencia porque aumenta la velocidad de biotransformación del fármaco, los antiácidos que contienen Al, Mg disminuye la absorción de clorpromazina.²⁷

LEVOMEPRMAZINA**INFORMACIÓN GENERAL**

También llamada metotripemazina, pertenece al grupo de las fenotiazinas dimetilamínicas o alifáticas, por contener un radical aminopropílico, con un grupo metoxilo en 2 y un metilo en el segundo carbono de la cadena lateral de la posición 10 siendo más sedativa, lo que da lugar a un carbono asimétrico con actividad óptica empleándose el isómero levógiro denominado clorhidrato o maleato.²⁸ Es un antagonista competitivo de los receptores dopaminérgicos del

sistema límbico, tálamo e hipotálamo, posee además una potente acción antiálgica y analgésica.²⁷

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS

INDICACIONES.

Esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, ansiedad, alucinación.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Solución Inyectable. Clorhidrato de Levomepromazina 25 mg.	IM. 25-100 mg. Repartidos en 3 o 4 aplicaciones de 25 mg.	Vigilancia médica
Tabletas. Clorhidrato de Levomepromazina 25 mg.	Oral. Adultos y niños mayores de 12 años 12.5-25 mg. /24 h. dividido en 3 tomas.	Iniciar con dosis bajas hasta nivel efectivo de mantenimiento (100 a 200 mg.) ²⁹

FARMACOCINÉTICA.

Su metabolito activo es la N-desmetillevomepromazina. Se absorbe en 30% por VO de 1-3 h. y de 5-10 min. VM. Se une a proteínas en un 90%. Se puede acumular en cerebro, pulmón y tejidos con mayor índice en sangre. Se biotransforma en hígado y se excreta en orina y bilis. Su tiempo de vida media es de 10-20 h.

EFFECTOS ADVERSOS.

Resequedad de mucosas, somnolencia, hipotensión arterial, parkinsonismo, acatasia, disquinesia, fotosensibilidad, ictericia, hiperprolactinemia, discrasias sanguíneas.²⁹

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática y renal, epilepsia no tratada, hipotensión arterial, depresión de la médula ósea, coma y Parkinson.

INTERACCIONES.

Intensifica y prolonga la acción de analgésicos, alcohol, difenilhidantoína y otros depresores del SNC. Con antihipertensivos aumenta la hipotensión ortostática, con antimuscarínicos aumentan efectos adversos.

TIORIDAZINA

INFORMACIÓN GENERAL.

Fármaco perteneciente al grupo de la fenotiazinas piperidínicas. Contiene dos metabolitos N-desmetiltioridazina en la posición 10 y sulfóxido en la posición 2. Si la cadena lateral lleva el anillo de piperidina puede disminuir los efectos neurolépticos, pero sobre todo los extrapiramidales; posee solo la mitad de la actividad farmacológica de la clorpromazina. Bloquea los receptores postsinápticos de la dopamina en el cerebro sobre los receptores D₃, tiene escasa acción sobre

los núcleos de la base, desarrollando buenas acciones antipsicóticas, sin casi provocar efectos extrapiramidales, posee intensas acciones antieméticas.²⁵

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS

INDICACIONES.

Neuroléptico, ansiedad, depresión, antimicobacteriano *in vitro* contra *tuberculosis mycobacterium*.³⁰

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Suspensión oral. Clorhidrato de Tioridazina 200 mg.	Oral. Niños mayores de 2 años 0.5-3 mg/Kg/día en dosis divididas.	Reducir gradualmente la dosis al interrumpir el tratamiento, si es abrupta la suspensión provoca náuseas, vómitos, molestias gástricas mareos e insomnio.
Tabletas. Clorhidrato de Tioridazina de 25 o 100 mg.	Oral. Adultos 50-200 mg/24 h. con ajustes en cada caso.	

FARMACOCINÉTICA.

Se absorbe en tracto gastrointestinal, alcanza su concentración máxima en 2-4 h. Se une a proteínas plasmáticas en un 95%. Atraviesa placenta pasando a leche materna. Sus metabolitos pueden atravesar la barrera hematoencefálica detectándose en líquido cefalorraquídeo. Se metaboliza en hígado. Se excreta por vía rectal y renal. Su tiempo de vida media es de 10 h.

EFFECTOS ADVERSOS.

Estreñimiento, resequedad en mucosas, hipotensión arterial, síntomas extrapiramidales, acatasia, disquinesia, ginecomastia, fotosensibilidad, ictericia, agranulocitosis discrasias sanguíneas.^{27,31}

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Depresión de la médula ósea, insuficiencia hepática y renal, coma, epilepsia no tratada, parkinson, 1er trimestre de embarazo y convulsiones.²⁷

INTERACCIONES.

Intensifica y prolonga la acción de antihipertensivos, anticonvulsivantes, opiáceos, analgésicos, barbitúricos, alcohol y otros depresores del SNC.

PIPOTIAZINA

INFORMACIÓN GENERAL.

Fenotiazina con radical piperidínico donde el Nitrógeno amínico, forma parte de un anillo de piperidina en la cadena lateral, se conoce también como 10-[3-[4-(2-hidroxiethyl)piperidino]propil]-N, N-dimetil-fenotiazina-2-sulfonamida o piportil. Tiene un grupo de sulfonamida en la posición 2 y que se utiliza generalmente como palmitato que no es una sal, sino un ester insoluble en agua. Es un antipsicótico

de depósito. Tiene propiedades antipsicóticas que se atribuyen al bloqueo postsináptico de los receptores dopaminérgicos mesolímbicos.³³

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS

INDICACIONES.

Antipsicótico, antidepresivo.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Solución inyectable Palmitato de Pipotiazina 25 o 100 mg.	I.M. profunda. Adultos 50-100 mg/2-4 semanas por aplicación. Niños. No hay dosis pediátricas.	Se puede aumentar en caso necesario en 25 mg/2-3 semanas. Dosis de mantenimiento 75-150 mg/4 semanas.

FARMACOCINÉTICA.

Se absorbe más del 40%. Su efecto antipsicótico se inicia de 48-72 h. y es máximo en una semana. Cruza barrera placentaria. Se metaboliza en hígado y se elimina en orina y bilis. Su vida media es de 7-8 h.

EFFECTOS ADVERSOS.

Somnolencia, hipotensión ortostática, sequedad de boca, sedación, acatasia, disquinesia tardía, síntomas extrapiramidales (espasmo muscular, temblor, sacudida de manos, impotencia sexual y reinitis pigmentaria).²⁹

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Hipersensibilidad al fármaco, depresión de médula ósea, discrasias sanguíneas, alcoholismo activo, enfermedad cardiovascular, coma, insuficiencia hepática.

INTERACCIONES.

Alcohol y otros depresores del SNC, aumentan sus efectos. Los inhibidores de la MAO y antidepresores tricíclicos aumentan y prolongan su efecto. Disminuye el umbral convulsivo, por lo que es necesario un ajuste de dosis.³²

FLUFENAZINA

INFORMACIÓN GENERAL.

Derivado trifluorometílico, miembro del grupo piperazínico de las fenotiazinas, considerado como el compuesto fenotiazínico más potente en término de peso, sin ventaja significativa sobre otros compuestos de esta clase. Se designa químicamente como 2-(4-(3-(2-trifluorometilfenotiazina-10-*i*)propil)-piperazil-1-*il*)clorhidrato etanol.³⁴ Puede verse aumentado su potencia neuroléptica si se alarga el anillo piperazínico y más todavía si contiene un radical Flúor. Bloquea los receptores dopaminérgicos postsinápticos en el SNC, inhibiendo los efectos mediados por dopamina.³⁵

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS**INDICACIONES.**

Esquizofrenia, antipsicótico, depresión y ansiedad leves a moderados.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Solución inyectable. Decanoato de flufenazina 25 mg.	I.M. Adultos. 75 mg/2-4 semanas. Ancianos 25 mg/4 semanas. Niños 12.5-50 mg/2-4 semanas. dependiendo la edad sin excederse de 100 mg.	Tratamiento para período prolongado.

FARMACOCINÉTICA.

Se une a proteínas en un 92% con un efecto máximo de 48-96 h. Se metaboliza en hígado y se elimina por vía renal, biliar y leche materna. Su vida media es de 7-10 días.³⁵

EFFECTOS ADVERSOS.

Produce más, síntomas extrapiramidales, discinesia tardía, congestión nasal, estreñimiento, visión borrosa, depresión, hipotensión y discrasia sanguínea.³⁶

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Hipersensibilidad, depresión de médula ósea, epilepsia, hipotensión y cáncer de mama.

INTERACCIONES.

Puede antagonizar los efectos de adrenalina y otros agentes simpaticomiméticos. No usar simultáneamente con alcohol, barbitúricos, anestésicos generales, opioides ni antihistamínicos ya que aumenta la depresión del SNC.³⁴

PERFENAZINA**INFORMACIÓN GENERAL.**

Compuesto fenotiazínico del subgrupo de la piperazina, homólogo a la proclorperazina, tiene una molécula de Cl, más una cadena lateral alcohólica que incrementa la potencia neuroléptica, la cadena está unida al nitrógeno amínico que forma parte de un anillo de piperazina. Bloquea competitivamente los receptores dopaminérgicos postsinápticos en el SNC inhibiendo los efectos mediados por dopamina.

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS**INDICACIONES.**

Ansiedad, tensión psicomotora, psicosis, vómitos causados por fármacos o radiación, colitis, cefalea, dermatosis artritis y sensibilidad, demostrando tener propiedades ansiolíticas, antipsicóticas y antieméticas.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Tabletas. Perfenazina 4 o 10 mg.	Oral. Adultos 8-16 mg/24 h. en dosis divididas. Dosis máxima de 64 mg/día. Niños hasta 12 años. 6-12 mg/día en dosis divididas.	No exceder de la dosis por el aumento de los SEP.

FARMACOCINÉTICA.

Absorción errática y variable. Después de la absorción se distribuyen rápidamente en todos los tejidos. Se une a proteínas plasmáticas en un (90-99%), en cerebro puede exceder concentraciones a las de plasma, los metabolitos predominan en el pulmón, hígado, riñón y bazo. Se metaboliza en hígado por oxidación, hidroxilación, desmetilación, formación de sulfóxidos y conjugación con ácido glucurónico. Se excreta en orina y bilis. Su vida media es de 10-20 h.

EFFECTOS ADVERSOS.

Síntomas extrapiramidales y discinesia tardía, congestión nasal, estreñimiento, visión borrosa, depresión, hipotensión, discrasias sanguíneas.

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Hipersensibilidad, depresión de médula ósea, epilepsia, depresión, hipotensión, cáncer de mama.

INTERACCIONES.

La administración concomitante de opiáceos, barbitúricos y otros sedantes, anestésicos, tranquilizantes y alcohol, puede potenciar los efectos depresores sobre SNC. Puede aumentar el efecto depresor respiratorio de analgésicos opiáceos.

TRIFLUOPERAZINA**INFORMACIÓN GENERAL.**

Fármaco que pertenece al grupo de fenotiazinas piperazínicas, contiene un grupo trifluorometilo en la posición 2 y el nitrógeno amínico forma parte del anillo de piperidina. El grupo trifluorometilo aumenta la potencia neuroléptica diez veces la de la Clorpromazina. Inhibe a los receptores dopaminérgicos, produciendo depresión del SNC.³⁷

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS**INDICACIONES.**

Esquizofrenia, psicosis agudas y crónicas caracterizadas por a hiperactividad psicomotora (ansiedad en niños).³⁷

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Tabletas. Clorhidrato de Trifluoperazina 5 mg y 10mg.	Oral. Adultos: 1 a 5 mg/12 h.	Puede ajustarse la dosis de acuerdo a la respuesta y terapéutica. (dosis máxima en adultos es de 40 mg/día).
Grageas. Trifluoperazina 1,2,5 o 10 mg.	Niños mayores de 6 años: 1mg/12 h.	

FARMACOCINÉTICA.

Se absorbe después de su administración oral, se une a proteínas plasmáticas en un 90% alcanza el efecto máximo de 2-4 h. Se biotransforma en hígado, sus principales metabolitos son la 7, hidroxitri fluoroperazina, sulfóxido de trifluoroperazina y el N-4 óxido de trifluoroperazina, que se conjuga con el ácido glucorónico. Se excreta por orina y su tiempo de vida media es de 12-14 h.²⁸

EFFECTOS ADVERSOS.

Estreñimiento, resequead de mucosas, hipotensión arterial, Síntomas extrapiramidales, acatasia, disquinesia, fotosensibilidad, ictericia, discrasias sanguíneas.³⁹

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Depresión de médula ósea, insuficiencia hepática y renal, coma epilepsia, Parkinson, 1er trimestre de embarazo aunque en menor dosis, convulsiones.³⁸

INTERACCIONES.

Incrementa y prolonga la acción de: antihipertensivos, anticonvulsivantes, opiáceos, analgésicos, barbitúricos, alcohol y otros depresores del SNC.

BUTIROFENONAS

HALOPERIDOL.

INFORMACIÓN GENERAL.

Consta de un anillo bencénico, unido a un grupo cetónico, que a la vez se une a 3 átomos de C, y este tiene un grupo finelpiperidina que lleva un átomo de Cl en la cadena lateral. Si en la posición 4 de la piperidina se añade un grupo OH y otro fenilo, aumenta su actividad. Por otro lado la sustitución de un H por Cl en la posición *para*, del grupo fenilo unido al anillo piperidínico conduce al fármaco tener acciones semejantes al subgrupo piperazínico de las fenotiazinas.²⁸ Bloquea los receptores dopaminérgicos en el cerebro (sistema límbico, tálamo, hipotálamo como antipsicótico y del cuerpo estriado para reacciones extrapiramidales).⁴⁰

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS

INDICACIONES.

Antipsicótico incisivo para esquizofrenia, alucinación hipocondríaca, psicosis aguda y crónica, psicosis alcohólica, síndrome de Tourette y vómitos.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Tabletas. Haloperidol 5 mg. o 10 mg.	Oral. Adultos: 2mg/8-12 h Niños 0.05 mg/Kg/día divididos en 2-3 tomas.	Dosis de mantenimiento 2-15 mg/2-3 veces al día. En niños ajustar dosis hasta llegar a la mitad de dosis de adultos.
Solución inyectable. Decanoato de Haloperidol 2 mg.	Intramuscular. 5-10 mg/12-24 h.	En casos graves se administra 5 mg/4-8 h. Se puede calcular la dosis mensual multiplicando la dosis oral diaria por 10 o por 20.

FARMACOCINÉTICA.

Después de su absorción, la concentración plasmática máxima vía oral se logra de 2-6 h. y en vía I.M. es de 20 min. Se une a proteínas plasmáticas en un 90%. Se metaboliza en hígado y se elimina en heces y orina. Su tiempo de vida media puede llegar a las 100 h.

EFECTOS ADVERSOS.

Sequedad de mucosas, estreñimiento, retención urinaria, SEP, discinesia tardía, asociación a QT largo por I.V. Taquicardia e hipotensión ortostática por efecto de bloqueo alfa-adrenérgico y anticolinérgico respectivamente.^{28,41}

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia, Parkinson, insuficiencia hepática o renal, embarazo, lactancia, enfermedad cardiovascular y depresión del SNC.⁴²

INTERACCIONES.

Alcohol etílico potencializa la toxicidad. Antiepilépticos disminuye umbral convulsivo. Los antimuscarínicos aumentan los efectos adversos. El Litio produce encefalopatía y los antiparkinsonianos disminuyen los efectos terapéuticos.⁴³

DROPERIDOL.**INFORMACIÓN GENERAL.**

Compuesto sintético derivado de las butirofenonas, tiene un anillo de benceno que a su vez se une a un grupo cetónico y este último a una cadena de 3 átomos de carbono, con un grupo de benzoimidazol unido al anillo de piridina hidrogenada, la deshidrogenación parcial del anillo piperidínico más el agregado de un doble anillo de benzoimidazol conduce a un potente neuroléptico.⁴¹

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS**INDICACIONES.**

Neuroléptico, ansiedad, neuroleptoanalgesia.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Solución inyectable. Droperidol 2.5 mg.	Intramuscular o Venosa. 2.5 mg/10 kg24 h.	Se pueden adecuar a dosis menores. Mantenimiento (si se requiere): 1.25–2.5 mg (0.5–1 ml) (I.V.).

FARMACOCINÉTICA.

Después de ser administrado se une a proteínas plasmáticas de 2-6 h. se metaboliza en hígado y se elimina en bilis y orina la droga libre y los metabolitos. Su semivida es de 2 h.

EFECTOS ADVERSOS.

SEP. Disquinesia, ansiedad, hipotensión e hipersensibilidad, alarga el intervalo QT y produce arritmias cardíacas.⁴¹

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Paciente con hipersensibilidad al fármaco.

INTERACCIONES.

Puede potenciar el uso de barbitúricos, benzodiacepinas y agentes hipertensivos. Los opioides causan depresión. Aumentan daño hepático el fenobarbital, carbamazepina, alcohol y tabaco.

DIFENILBUTILPIPERIDINAS

PIMOZIDA

INFORMACIÓN GENERAL.

Compuesto sintético emparentado con las butirofenonas, pero contiene en su núcleo central dos grupos fenilo fluorados en vez de uno (difenilbutilo) que llevan un anillo piperidínico. Tiene un grupo benzoimidazol en la cadena lateral como el droperidol. Tiene una gran liposolubilidad y lipofilia, es por eso, los lípidos del organismo actúan como depósito actuando como depósito del fármaco con escasa excreción y larga duración.²⁷ Ejerce acciones bloqueantes α -adrenérgicas y anticolinérgicas. Como antidopaminérgico estimula la producción de dopamina.

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS

INDICACIONES.

Neuroléptico, Psicosis, Síndrome de Tourette.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Tabletas. Pimozida 1-4 mg	Oral. 4 mg/24 h	Se puede incrementar la dosis en función de la respuesta hasta un máximo de 4-12 mg/24 h. Administrar dosis la hora de acostarse, se puede ingerir con las comidas.

FARMACOCINÉTICA.

Se absorbe bien tras su administración oral, alcanza el pico plasmático de 6-8 h. Sus metabolitos son: 1-(4-piperidil)-2-benzimidazolina y 4,4-bis(4-fluorofenil) ácido butírico, aunque ambos no poseen actividad antipsicótica. Se metaboliza en hígado y es eliminado por orina, su tiempo de vida media es de 18 h., aunque en pacientes con esquizofrenia se han reportado hasta 55 h.

EFFECTOS ADVERSOS.

Somnolencia, sedación, sequedad de boca, visión borrosa, SEP, ictericia, aumento intervalo QT, agranulocitosis, hipotensión ortostática, taquicardia, SNM, aumento de peso.

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Alergia al fármaco, depresión severa del SNC o médula ósea, asma parkinsonismo, retención urinaria si se combina con antidepresivos tricíclicos, epilepsia y alcohol.⁴⁴

INTERACCIONES.

Fluoxetina potencializa la toxicidad con aparición de braquicardia, no se conoce el mecanismo. Levodopa aumenta toxicidad e inhibe mutuamente sus efectos por antagonismo a nivel dopaminérgico.

BENZAMIDAS

SULPIRIDA.

INFORMACIÓN GENERAL.

Es una amisamida sustituida heterocíclica con un anillo de pirridolina, es considerada como un compuesto sintético derivado de la *orto*-amisamida del grupo de las benzamidas sustituidas. Bloquea receptores dopaminérgicos a nivel sistema límbico del cuerpo estriado, especialmente por los receptores D₂ y posiblemente sobre receptores D₃ que estimula la producción de prolactina.^{45,46}

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS

INDICACIONES.

Esquizofrenia, depresión, hipocondría, antiemético, antiulceroso.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Cápsulas Sulpiride 50 mg	Oral 400-800 mg/24 h. en 2 tomas, máximo 1200 mg ajustando dosis de sostén de 300-600 mg.	Administrar por las mañanas debido a que produce sueño.
Tabletas Sulpiride 50 mg, 100 mg o 200 mg.		

FARMACOCINÉTICA.

Se absorbe en tracto gastrointestinal, se distribuye en tejidos, su paso por la barrera hematoencefálica es pobre y el grado de unión a proteínas plasmáticas es menor del 40%. No sufre metabolismo siendo eliminada por orina en un 92% en forma inalterada. Su semivida es de 7-9 h.^{27,41}

EFFECTOS ADVERSOS.

Hipertensión arterial, galactorrea, hiperprolactinemia.

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

No administrar en niños y durante el embarazo, pacientes hipersensibles y enfermos en estado de coma.

INTERACCIONES.

Alcohol, hipnóticos, tranquilizantes, anestésico, antihistamínicos pueden potenciar los efectos sedantes.

TIOXANTENOS

FLUPENTIXOL.

INFORMACIÓN GENERAL.

Su estructura química consta de 3 anillos similares a las fenotiazinas, en este caso un átomo de C sustituido por un átomo de N. El isómero *cis* tiene una mayor potencia que el isómero *trans*. Bloquea los receptores de dopamina y tiene afinidad por los receptores D₂ y D₁.

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS

INDICACIONES.

Esquizofrenia y otras psicosis (alucinación, apatía, aislamiento), depresión, ansiedad.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Solución inyectable. Decanoato de flupentixol 50 mg o 100 mg.	Intramuscular 50-100 mg/2-4 semanas	Dosis máxima 400 mg/1 semana
Grageas. Diclorhidrato de flupentixol. 5 mg.	Oral 5-15 mg/ en 2-3 dosis al día.	

FARMACOCINÉTICA.

Después de su administración oral alcanza el pico plasmático después de 4 h. por vía I.M. el tiempo de concentración máxima en plasma es de 3-7 días. Se une a proteínas en un 99%. Se metaboliza en hígado La mayor parte es inactivado por desalquilación en el hígado; el decanoato se hidroliza por las esterases plasmáticas. Su vida media es de 35 h. vía oral y 17 vía IM es eliminada por heces.

EFFECTOS ADVERSOS.

SEP. Disquinesia, insomnio, hipersensibilidad, discrasias sanguíneas e hipotensión ortostática, aumento de peso y sedación.

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Puede ocasionar intoxicación el alcohol, barbitúricos y narcóticos. No se recomienda en pacientes hiperactivos, ya que su efecto activador puede conducir a que se excedan estas características. No usar durante embarazo y lactancia.

INTERACCIONES.

Potencia los efectos de otros depresores del sistema nervioso como sedantes, alcohol, antihistamínicos y opioides. Inhiben las acciones de los agonistas de la dopamina.

ZUCLOPENTIXOL

INFORMACIÓN GENERAL.

El fármaco es clasificado clínicamente como antipsicótico incisivo. Es un derivado tioxanteno con efecto calmante en el que se tiene escasa experiencia. Actúa bloqueando los dos tipos de receptores dopaminérgicos D₁ y D₂ aunque actúa preferentemente sobre los D₂.

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS

INDICACIONES.

Esquizofrenia y otras psicosis.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Solución inyectable. Acetato de zuclopentixol. 50 mg	Intramuscular 50-150 mg /2-4 semanas	Cambiar a zuclopentixol oral: comenzar con 40 mg/día (oral) en pacientes tratados con 100 mg de acetato de zuclopentixol,
Tabletas. Diclorhidrato de zuclopentixol 25 mg.	Oral 10-50 mg /24 h.	Dosis de mantenimiento 20 a 50 mg/día

FARMACOCINÉTICA.

Por vía Oral su biodisponibilidad es de 44%, mientras que con la ingesta de alimentos aumenta su absorción y biodisponibilidad en un 26%. Por vía IM su concentración plasmática es de 24-48 h., su acción dura de 2-3 días. La excreción es por heces, orina y leche. Su semivida es de 20 h. ⁴⁵

EFFECTOS ADVERSOS.

Sedación, SEP, hipotensión ortostática, sequedad de boca, estreñimiento, disfunción eréctil, amenorrea, aumento de peso y retención urinaria.

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Hipersensibilidad al fármaco, depresores del SNC, o médula ósea, glaucoma, insuficiencia hepática y lactancia.

INTERACCIONES.

Aumenta la depresión del SNC lo opioides, antihistamínicos, barbitúricos, benzodiazepinas y alcohol. Aumenta la hipotensión ortostática con antihipertensivos.

DIBENZOXAZEPINAS

LOXAPINA.

INFORMACIÓN GENERAL.

Compuesto de las dibenzoxacepinas. Químicamente es 2-cloro-11-(4-metil-1-piperazinil)dibenzo [b,f][1,4] oxazepina. Tiene una estructura de tres anillos, está unido directamente al núcleo central en posición 11. el fármaco contiene actividades bloqueadoras en receptores D₂, D₃, H₁, 5-HT₂ y α-adrenérgicos.^{47,48} Algunos autores plantean que es más efectiva que otros antipsicóticos "típicos" en la reducción de los síntomas negativos de la esquizofrenia, que usualmente no se aprecian efectos secundarios extrapiramidales con dosis antipsicóticas clínicamente efectivas y que por lo tanto debería ser clasificada como un antipsicótico atípico.⁴⁸

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS

INDICACIONES.

Esquizofrenia, trastornos psicóticos (alucinación, desilusión, hostilidad)

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Solución inyectable. Loxapina 50 mg.	Intravenosa. 50 mg/4-6 h. ²⁹	Una vez obtenido el control por V.I. es necesario cambiar a V.O. sino puede causar efectos sedantes. ⁴⁸
Tabletas. Loxapina 50 mg.	Oral. 25 /24 h. dosis de mantenimiento 60-100 mg/24 h. ²³	

FARMACOCINÉTICA.

Se absorbe rápido por vía oral (la sedación ocurre a los 30 minutos). Se metaboliza en hígado formando escasos metabolitos activos como (8-hidroxiamoxapina y 8-hidroxiloxapina) cuya semivida es de 9-30 h.⁴⁹

EFFECTOS ADVERSOS.

Taquicardia, hipertensión, mareos, hipotensión ortostática.

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Pacientes con trastornos, convulsiones, enfermedades cardiovasculares.

INTERACCIONES.

Sedantes, analgésicos, hipnóticos, antihistamínicos y antigripales pueden potenciar, además el alcohol puede aumentar los efectos.²³

DIHIDROINDOLONAS

MOLINDONA.

INFORMACIÓN GENERAL.

Fármaco derivado del indol (3-etil-6,7-dihidro-2-metil)-5-(morfolinometil) indol-4(5H) ona. Tiene un perfil similar a la quetiapina, con muy baja incidencia de efectos adversos extrapiramidales cuando se toma a dosis eficaces.⁵⁰

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS

INDICACIONES.

Antipsicótico, Esquizofrenia.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Cápsulas o Tabletas Molindona 5 mg, 10 mg y 25 mg.	Oral. 50-75 mg/24 h. con incrementos de 100/día de 3-4 días.	

FARMACOCINÉTICA.

Se absorbe por vía oral, se metaboliza en hígado, sus efectos farmacológicos es de 24-36 h. Presenta 36 metabolitos reconocidos, se excreta en orina y heces solo un 2-3%. Su vida media es de 6 ½ h.

EFFECTOS ADVERSOS.

Su perfil de efectos adversos no difiere significativamente del de los antipsicóticos típicos como somnolencia, depresión, hiperactividad, euforia, acatasia, discinesia tardía, visión borrosa, taquicardia, náuseas. Se ha informado disminución del peso corporal.⁵⁰

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

En depresión severa del SNC por alcohol, barbitúricos, narcóticos. Precaución en discinesia tardía, SNM, embarazo y lactancia.

INTERACCIONES.

Alcohol puede ocasionar un incremento en la eliminación de molindona.⁵⁰

RESERPINA (Rauwolfia).

INFORMACIÓN GENERAL

Alcaloide indólico monoterpénico del subgrupo ioimbano de la planta Rauwolfia, perteneciente de la familia de las Apocináceas, que es una herbácea subarborescente de jugo lechoso de 0.5-1.5 m. de altura. En México se distribuye en Oaxaca y es recolectada entre Julio y Septiembre.⁵¹

INDICACIONES.

Ha sido utilizada como antídotos para mordedura de serpientes, hipertensión, analgésico, antipirético, antipsicótico y algunas enfermedades en ojos y piel.^{51,52}

Su mecanismo de acción es a partir de que las monoaminas cerebrales sintetizadas a partir de sus respectivos aminoácidos son almacenadas en las vesículas sinápticas donde normalmente solo son liberadas para el exterior de la célula, cuando atraviesan la hendidura sináptica se conectan a los receptores postsinápticos.⁵³ El exceso de catecolaminas es reabsorbido por los receptores presinápticos y los que penetran a citoplasma celular se degradan y neutralizan por la enzima monoamina oxidasa (MAO); reserpina al bloquear la formación de los depósitos desencadena la acción de la MAO, lo que hace que la actividad dopaminérgica sea un mecanismo diferente al clásico bloqueo de los receptores postsinápticos D₂ de los neurolépticos sintéticos.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Tabletas Reserpina Cápsulas 0.25-0.5 mg	Oral. 5-6 mg/24 h. ²³	La administración de 5 mg/24 h. puede ocasionar SEP. ⁵²
Reserpina Comprimidos 0.25-0.5 mg.		

FARMACOCINÉTICA.

Se absorbe después de su administración oral, su biodisponibilidad es de 50%. Se une a proteínas en un 96%, se metaboliza en intestino e hígado y sus principales productos son el metil reserpato y el ácido trimetoxibenzóico.³⁴

EFECTOS ADVERSOS.

Elevación de prolactina, SEP, hipotermia, sedación, braquicardia, discrasia sanguínea, reacciones cutáneas, efectos digestivos (úlceras péptidas con sangramiento), cólicos y diarrea.²³

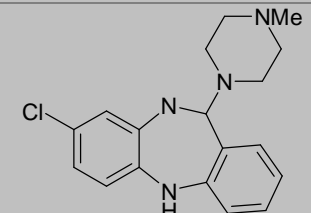
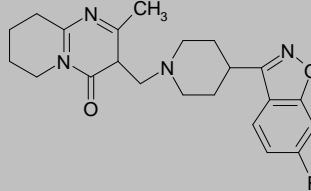
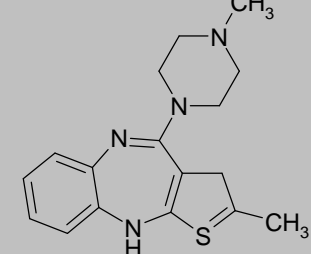
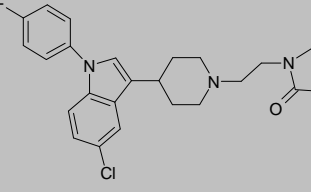
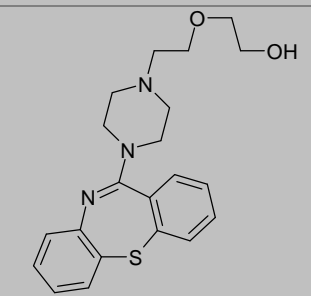
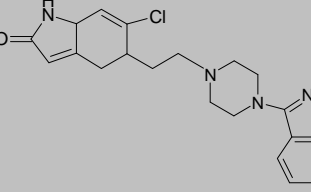
CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Hipersensibilidad al fármaco, depresión, parkinson, epilepsia, úlcera gástrica, colitis, tratamiento con inhibidores de la MAO en el embarazo puede ocasionar letargia, hipoperfusión placentaria, anorexia e hinchazón de la mucosa nasal en el recién nacido.

INTERACCIONES

Potencializa la acción depresora central del alcohol, anestésicos, antihistamínicos, barbitúricos y antidepresores tricíclicos. El fármaco puede potencializar el efecto de la adrenalina u otras sustancias simpaticomiméticas.³⁴

Cuadro 8. Antipsicóticos Atípicos

CLASE Y GRUPO	EJEMPLO	FÁRMACO	ESTRUCTURA QUÍMICA
Dibenzodiazepina	Clozapina	8-Cloro-11-(4-metil-1-piperazinil)-5H-dibenzo [b,e] [1,4]diazepina.	
Benzisoxazol	Risperidona	4H-Pirido(1,2-a)pirimidin-4-ona, 3-(2-(4-(6-fluoro-1,2-benzisoxazol-3-il)-1-piperidinil)etil)-6,7,8,9-tetraidro-2-metil.	
Tienobenzodiazepina	Olanzapina	10H-Tieno(2,3-b)(1,5) benzodiazepina, 2-metil-4-(4-metil-1-piperazinil) 2-Metil-4-(4-metil-1-piperazinil)-10H-tieno(2,3-b)(1,5)benzodi-azepina.	
Imidazolidononas	Sertindol	2-Imidazolidinona,1-(2-(4-(5-cloro-1-(4 fluorofenil)-1H-indol-3-il)-1-piperidinil) etil)	
Dibenzotiazepina	Quetiapina	2-(2-(4 Dibenzo(b,f) (1,4) tiazepin-11-il-1-piperazinil) etóxi) etanol. Etanol, 2-(2-(4-dibenzo (b,f) (1,4)tiazepin-11-il-1-piperazinil)etóxi)	
Benzotiazolilpiperazina	Ziprasidona	2H-Indol-2-ona, 5-(2-(4-(1,2-benzisotiazol-3-il)-1-piperazinil)etil)-6-cloro-1,3-diidro. 5-(2-(4-(3-benzisotiazolil) piperazinil)etil)-6-cloro-1,3-diidro-2H-indol-2-ona.	

DIBENZODIAZEPINAS

CLOZAPINA.

INFORMACIÓN GENERAL.

Es un derivado tricíclico dibenzodiazepínico. Posee una débil actividad bloqueadora de los receptores dopaminérgicos D₁, D₂, D₃ y D₅, pero tiene una mayor afinidad por los receptores D₄. Posee potentes efectos noradrenalíticos (α_1 y α_2), anticolinérgicos, antihistamínicos, antiserotoninérgicos (5HT₁, 5HT₂, 5HT₃) e inhibidores sobre la reacción de despertar. El mecanismo de acción de su eficacia sigue siendo desconocido.⁵⁴

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS INDICACIONES.

Esquizofrenia, recaídas con antipsicóticos convencionales, trastorno bipolar, Parkinson. No produce SEP. Ha disminuido los comportamientos suicidas.^{42,55}

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Comprimidos y Tabletas. Clozapina 25 mg y 100 mg	Oral. 25-50 mg/12-24 h. hasta llegar a 300 mg en 2-3 semanas. Dosis máxima 600 mg/día.	Si se desea terminar el tratamiento, reducir paulatinamente la dosis durante 1-2 semanas si no hay abstinencia.

FARMACOCINÉTICA.

El fármaco se absorbe en 2 h. no se modifica en comidas. Su vida media es de 6-33 h. su pico plasmático está en 1-4 h. Se metaboliza en hígado casi por completo antes de la excreción de sus metabolitos principales. Su biodisponibilidad es de 50-60%. Se une a proteínas en un 95%. Se elimina por orina. Su tiempo de vida media es de 12 h.⁴⁵

EFFECTOS ADVERSOS.

Hipertemia, aumento de peso, agranulocitosis durante los meses iniciales de tratamiento, aumento de saliva por flujo sanguíneo a causa de receptores noradrenalíticos que se encuentran en glándulas salivales, hipotensión, somnolencia, fiebre y crisis convulsivas.^{42,45,55,}

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

No utilizar fármacos que depriman la función de médula ósea. Hacer cuenta leucocitaria, si la CL \geq 3500/mm³ podrán recibir el fármaco. Monitorear 18 semanas la cuenta de leucocitos para observar la presencia de agranulocitosis.^{42,45,}

INTERACCIONES.

Pueden potenciar los efectos el Alcohol, inhibidores de la MAO, depresores del SNC (narcóticos, antihistamínicos, benzodiazepinas, tabaco). El litio aumenta el riesgo de SNM.^{42,56}

BENSIXOSAZOLES**RISPERIDONA.****INFORMACIÓN GENERAL.**

Prototipo de una nueva clase de antipsicóticos, derivado de los benisoxazólicos, antagonista de diversos receptores con una alta afinidad por los serotoninérgicos 5-HT₂, dopaminérgicos D₂ y también por α_1 y α_2 noradrenérgicos e histamínicos H₁ sin actividad anticolinérgica. Se postula que la coexistencia del antagonismo 5-HT₂ y D₂ es la base del efecto terapéutico.^{57,58}

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS**INDICACIONES.**

Esquizofrenia crónica

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Tabletas Risperidona 2mg.	Oral. 1-2 mg/12 h. La dosis de sostén se establece de acuerdo a la respuesta terapéutica.	En ancianos y pacientes con insuficiencia renal ajustar dosis ya que aumenta su semivida. ⁵⁷

FARMACOCINÉTICA.

Absorción rápida después de su administración oral. Alcanza su pico plasmático a las 2 h. se metaboliza en hígado por hidroxilación, N-desalquilación. Su semivida es de 2-4 h. se elimina por orina.⁴⁵

EFECTOS ADVERSOS.

Nauseas, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitación, edema, disfunción eréctil.

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Hipersensibilidad a sertralina. Epilepsia, tendencias suicidas, lactancia, daño hepático y abuso de drogas.

INTERACCIONES.

Warfarina aumenta los efectos anticoagulantes por desplazamiento de proteínas plasmáticas. Disminuyen la eliminación del fármaco diazepam y sulfonilureas.

TIENOBENZOTIAZEPINAS

OLANZAPINA.

INFORMACIÓN GENERAL.

La Olanzapina (2-metil-4-(4-metil-1-piperazinil)-10H-tieno[2,3-b][1,5] benzodiazepina) es un derivado tienobenzodiazepínico con propiedades farmacológicas a la clozapina con una actividad mixta sobre múltiples receptores. Tiene actividad no selectiva sobre los receptores de dopamina (D_1 , D_2 Y D_4). Tiene actividad por receptores $5HT_{2A}$ y $5HT_6$ y en menos medida el $5HT_3$ de serotonina. También posee alta afinidad por los receptores histaminérgicos (H_1) y muscarínicos.

INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES.

INDICACIONES.

Esquizofrenia

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	RECOMENDACIÓN
Tabletas. Olanzapina 5 mg o 10 mg	Oral. Adultos 5-10 mg/24 h.	

FARMACOCINÉTICA.

Su absorción es buena después de la administración oral independientemente de la ingesta de la comida, alcanza el pico plasmático de 5-8 h. Su metabolismo es hepático. Se une a proteínas en un 93%. La semivida es de 27-38 h.

EFFECTOS ADVERSOS.

Nausea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudor, temblor, disfunción hipotensión, aumento de peso y sedación (por la mayor afinidad de los receptores H_1).

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.

Hipersensibilidad a paroxetina. Precaución con epilepsia, insuficiencia renal o hepática y cardiopatías esta última por la alta afinidad de los receptores adrenérgicos α_1 y α_2 .

INTERACCIONES.

Aumenta los efectos de inhibidores de la MAO, antidepresivos tricíclicos, fenotiazinas, diuréticos y antiarrítmicos.

IMIDAZOLIDONONAS

SERTINDOL INFORMACIÓN GENERAL.

Sertindol es un agente antipsicótico atípico semejante a la Risperidona y Ziprasidona, se comporta como un bloqueador dopaminérgico y serotoninérgico. Su molécula tiene una estructura mixta caracterizada como antagonista serotoninérgico 5 HT₂, con la sustitución de un grupo piperidínico por un piperazínico en la presencia de un grupo indol, con un átomo de cloro en la posición 5.

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Tabletas. Sertindole	Oral. 4 mg/24 h. La dosis de sostén se establece de acuerdo a la respuesta terapéutica.	En ancianos y pacientes con insuficiencia renal ajustar dosis ya que aumenta su semivida. ¹

FARMACOCINÉTICA.

Administración por vía oral. Alcanza su pico plasmático a las 60-90 h. se metaboliza en hígado por hidroxilación, N-desalquilación. Su tiempo de vida media es de 2-4 h. y se elimina por orina.

EFFECTOS ADVERSOS.

Nauseas, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitación, edema, disfunción eréctil.

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Hipersensibilidad al fármaco, lactancia, daño hepático y abuso de drogas.

INTERACCIONES.

Alcohol y Quetiapina ocasionan un incremento de eliminación.

DIBENZOTIAZEPINAS

QUETIAPINA.

INFORMACIÓN GENERAL.

Es un derivado dibenzotiazepínico, está estructuralmente relacionado con la clozapina y olanzapina.⁵⁹ Tiene afinidad relativamente baja por los receptores 5 HT_{1A} y 5 HT_{2A}, afinidad moderada-alta por los receptores α_1 , α_2 y H₁ y actividad más débil en receptores dopaminérgicos D₁, D₂, D₃, D₄ y D₅.⁶⁰

INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES.

INDICACIONES.

Esquizofrenia

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Tabletas. Fumarato de Quetiapina 25 mg, 100 mg y 200 mg	Oral. Durante los primeros 4 días administrar 50 mg (1 ^{er} día), 100 mg (2 ^o día), 200 mg (3er día) y 500 mg (4 ^{to} día)	Realizar control oftalmológico. ⁶¹

FARMACOCINÉTICA.

Su absorción se incrementa en las comidas, alcanza su pico plasmático entre 1-2 h. Genera hasta 20 metabolitos de los que solo 2 tienen actividad, una vez metabolizados en hígado gracias al citocromo P-450 e isoenzimas 3A₄, su tiempo de vida media es de 3-6 h. por lo que se debe administrar 2-3 veces al día.

EFFECTOS ADVERSOS.

Sedación, sequedad de boca, rinitis, estreñimiento, somnolencia, aumento de peso, hiperglicemia, hipotensión ortostática por el bloqueo de receptores dopaminérgicos.

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.

Administrar con precaución en enfermedades cardiovasculares por hipotensión, epilepsia, discinesia tardía, lactancia y pacientes que conduzcan máquinas.

INTERACCIONES.

Alcohol y Quetiapina ocasionan un incremento de eliminación.

BENZOTIAZOLILPIPERAZINAS

ZIPRASIDONA

INFORMACIÓN GENERAL.

Es un derivado 3-benzisotiazolil-piperazina con baja afinidad por receptores dopaminérgicos y una mayor afinidad por los receptores serotoninérgicos, es además agonista del receptor 5 HT_{1A}, antagonista del receptor 5HT_{2C}, 5HT_{1D} y moderado inhibidor de la recaptación sináptica de serotonina y noradrenalina, por la baja afinidad por los receptores α_1 e histamínico H₁, explicando el uso potencial del fármaco como ansiolítico y antidepresivo a baja dosis. Posee también escasa afinidad por receptores adrenérgicos, colinérgicos e histamínicos.

INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS

INDICACIONES.

Esquizofrenia

FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
Comprimidos. Clorpromazina 25 mg y 100 mg	Oral. 100-500 mg /24 h. en 1-3 tomas	En náuseas y vómitos 100 mg cada 6 h. en un día. Si hay discinesia tardía disminuir dosis.
Ampolleta. Clorpromazina 25 mg	Intramuscular. 25-150 mg /24 h. en 1-3 tomas	

FARMACOCINÉTICA.

Su biodisponibilidad es del 60% con alimentos y del 50% cuando se administra en ayunas. Su vida media es de 4-6 h. Se une a proteínas plasmáticas >99% y se excreta en orina y heces. Por vía IM su biodisponibilidad es de 100% y se une a proteínas en 30 min. Su tiempo de vida media es de 3 h.

EFFECTOS ADVERSOS.

Parkinsonismo, náuseas, somnolencia, trastorno respiratoria, convulsión, aumento de peso y de prolactina.

CONTRAINDICACIÓN Y PRECAUCIÓN.

Aumento de intervalo QT, enfermedades cardiovasculares, aumento de creatinina, insuficiencia renal aguda. Si hay discinesia tardía disminuir dosis, convulsiones y somnolencia.

INTERACCIONES.

Antiarrítmicos prolonga intervalo QT. Alcohol produce efectos primarios. Ketoconazol y Carbamazepina pueden afectar metabolismo.

4.3.4. MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS ANTIPSICÓTICOS

El principal mecanismo de acción de los neurolépticos clásicos, es el bloqueo de receptores dopaminérgicos D₂, y ha servido para sustentar la teoría dopaminérgica como explicación fisiopatológica aproximada de la enfermedad. De las cuatro vías dopaminérgicas principales conocidas en el cerebro, el bloqueo D₂ en la vía mesolímbica sería el responsable del resultado terapéutico.

Es probable que preexista un déficit de dopamina en el bloqueo de la vía mesocortical del lóbulo frontal, y éste se agravaría por la acción de los neurolépticos. Sería uno de los mecanismos involucrados en la aparición de los síntomas negativos.

En tercer lugar, el bloqueo de la vía nigroestriada da lugar a los síntomas extrapiramidales. Y por último, en cuarto lugar, el bloqueo de la vía tuberoinfundibular origina la aparición de un incremento en la secreción de prolactina.

Pero es un hecho bien conocido que los neurolépticos no actúan sólo sobre la dopamina sino también intervienen en histamina, acetilcolina y serotonina; en realidad los antipsicóticos atípicos, estimulan la liberación de dopamina a nivel cortical, gracias al bloqueo selectivo sobre receptores 5-HT₂ en el cuerpo y el axón de las neuronas dopaminérgicas. Con ello, se contrarresta la inhibición serotoninérgica que impide la liberación de dopamina. ⁴ Figura 8.

Los antipsicóticos atípicos actúan bloqueando receptores específicos de dopamina del área mesolímbica (sulpiride, olanzapina, clozapina, risperidona), algunos de ellos también son capaces de bloquear receptores 5-HT_{2A} (clozapina, olanzapina, risperidona). Este 2º mecanismo de acción es responsable de la reducción o ausencia de efectos extrapiramidales así como de la mayor eficacia para controlar la sintomatología negativa de la esquizofrenia observada con estos tres fármacos. Por otra parte, clozapina tiene importante efecto anticolinérgico y es bloqueante de los adrenoceptores-alfa y de los receptores H₁. ⁴

Otras alternativas que pueden ser útiles en pacientes refractarios es decir disminuir sus reacciones adversas al tratamiento convencional incluyen la adición de:

- Ansiolíticos: Clonazepan, Corazepan, Alprazolán y Diazepan.
- Estabilizadores del ánimo: Carbamazepina, Acido valpróico, Valproato de Magnesio, Litio, Gabapentina y Tapiramato.
- Correctores: Biperiden, Trihexifenidilo, Difenilhidramina, etc.

Así como la monitorización hematológica y dieta del paciente.

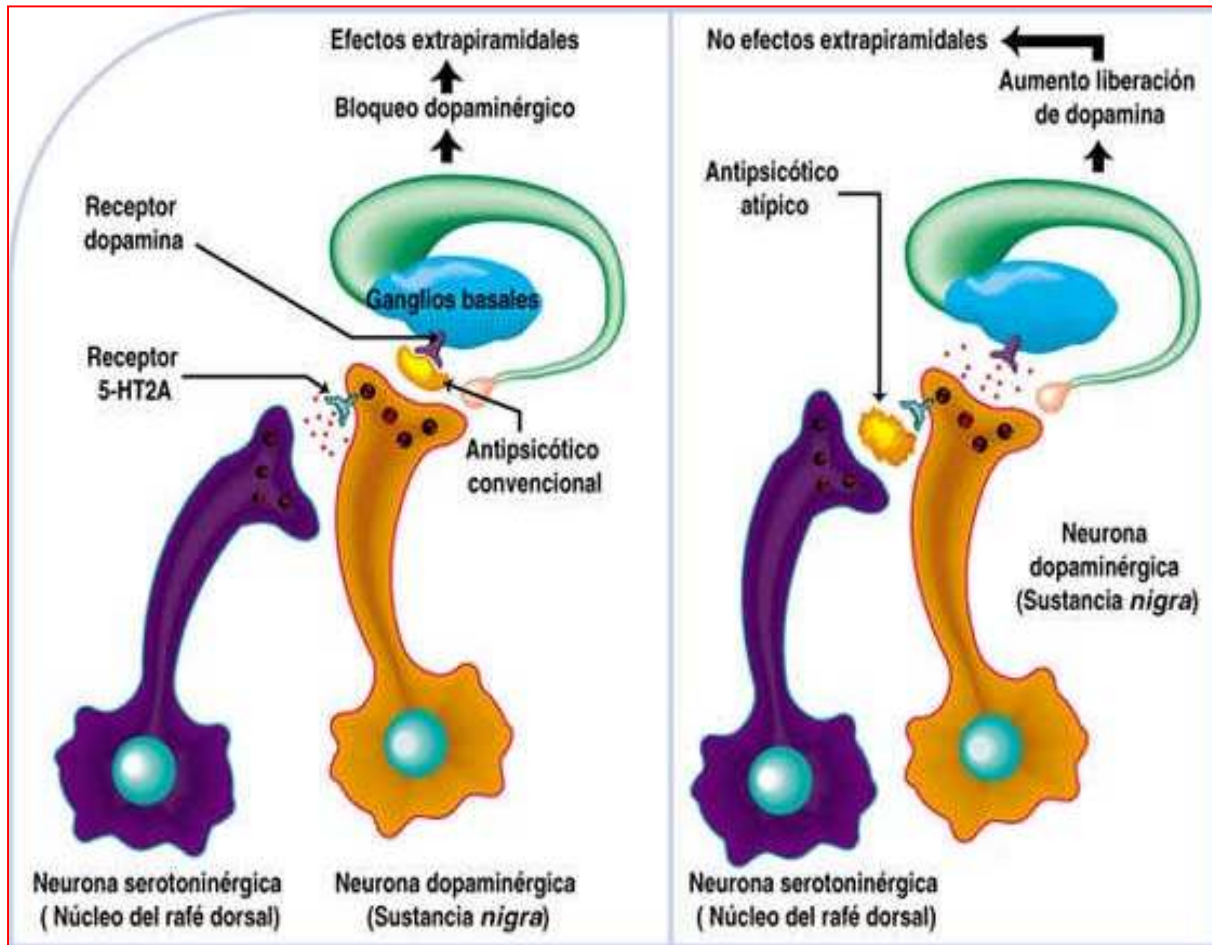


Figura 8. Mecanismo de acción de los antipsicóticos típicos y atípicos.

4.4. ANTIPSICÓTICOS EN LA GESTACIÓN, LACTANCIA Y EDAD ADULTA.

Los fármacos antipsicóticos son capaces de cruzar la barrera hematoencefálica, placentaria y aparecer en el líquido amniótico y en el feto, aunque puede utilizarse en los tres trimestres, lo ideal sería minimizar o evitarlos, sobre todo durante el primero (semanas 6-10). No obstante hay muchas situaciones en las que no tratar a la madre conlleva mayor riesgo para el feto que cualquier riesgo establecido de los fármacos antipsicóticos. Clorpromazina ha sido el antipsicótico más estudiado en la gestación, pero se ha asociado con un mayor riesgo de ictericia neonatal y SEP en recién nacidos. Los antipsicóticos atípicos no han tenido muchos problemas, al igual que en los recién nacidos; pero vista la ausencia de datos sistemáticos debe evitarse la administración especialmente en el primer trimestre. Autores concluyen que el fármaco más seguro sería el Haloperidol, sugiriendo temor la dosis mínima efectiva.⁶¹

Los antipsicóticos se excretan en leche materna en niveles bajos, por lo tanto el bebé alimentado cuya madre está en tratamiento con el fármaco tiene cierto riesgo de padecer SEP. Como se desconoce el efecto del fármaco sobre el desarrollo del niño, se debe animar a las madres en esta situación a considerar alternativas de lactancia artificial.^{61,62}

Por otro lado se debe tomar en cuenta algunas características farmacológicas en los pacientes ancianos, ya que son sensibles a las reacciones adversas de los antipsicóticos; este aumento de sensibilidad está determinado por las modificaciones farmacocinéticas (modificaciones de absorción, unión a proteínas plasmáticas, metabolización, distribución lenta, tiempo para alcanzar los niveles estables en sangre y vidas medias más largas) y farmacodinámicas (cambios funcionales y estructurales del SNC que determinan una mayor vulnerabilidad a los efectos secundarios en cerebro que es sensible al antagonismo dopaminérgicos y a los efectos anticolinérgicos).

Por estas razones las dosis deben ser más bajas y las subidas en dosis más lentas, la administración de antipsicóticos típicos de baja potencia provocan con frecuencia síntomas anticolinérgicos (estreñimiento, retención urinaria, taquicardia, sedación e hipotensión); los antipsicóticos de baja potencia pueden causar la hipotensión postural, así pues Haloperidol, Clorpromazina y Tioridazina a dosis bajas (0.5-2 mg/24 h.) suelen ser adecuados; mientras que los antipsicóticos atípicos se consideran de primera elección para aquellos que no estén tomando antipsicóticos y halla presentado buena respuesta a los antipsicóticos típicos y aquellos con buena respuesta previa a los atípicos.^{61,62}

4.5. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

4.5.1. TRATAMIENTO CHOQUE CON INSULINA.

En las décadas de 1930-1940 se usó este tratamiento para llegar al estado de inconsciencia, aunque era dudoso que el coma por sí mismo fuera un elemento curativo. El tratamiento consistía en inyectar por vía IM profunda, 10-70 unidades de insulina e ir incrementando la dosis 10 unidades por día, hasta presentar los síntomas de choque marcado que generalmente se presentaban entre 40-200 unidades. El coma aparecía cuando las funciones cerebrales estaban suprimidas y el número de comas fluctuaba entre 10 y 20. El tratamiento fue peligroso, requiriendo siempre una atención cuidadosa.⁶²

4.5.2. CHOQUE CARDIAZÓLICO.

A mediados de siglo XX consideraban que la epilepsia y la esquizofrenia no coexistían prácticamente en ningún enfermo y que si el esquizofrénico se volvía epiléptico digamos por un traumatismo severo de cráneo, la enfermedad prácticamente desaparecía. Pensando lo anterior, imaginando que podía haber un antagonismo biológico entre los estados convulsivos y el proceso esquizofrénico, producían convulsiones primero con alcanfor en aceite y después con metrazol (cardiazol). Debido a ciertas desventajas en su uso, especialmente por el miedo y la sensación de muerte inminente que presentaba el enfermo entre la inyección y la convulsión, pronto se olvidó su empleo.⁶²

4.5.3. PSICOCIRUGÍA.

La leucotomía prefrontal fue prevalente en la década de 1930-1940, a pesar de que los cirujanos de la época carecían de modernas técnicas estereotácticas que permiten una localización precisa de las lesiones. Actualmente este tratamiento fue inútil ya que dejaba una lesión en el tejido cerebral, por lo que fue eliminado.⁶²

4.5.4. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC).

La terapia electroconvulsiva (TEC) o electroshock fue descubierta por el psiquiatra italiano Ugo Cerletti hacia 1938 y fue aplicada en un paciente con esquizofrenia llevándolo a un estado de normalidad. El empleo de la TEC sigue siendo válido en algunas enfermedades mentales graves, sin embargo ha sufrido varios ataques basados más en prejuicios que en realidades. Varias ideas antipsiquiátricas de la década de los 60, llámese novelas y películas, han transmitido ideas erróneas sobre el tratamiento. Al principio las convulsiones se provocaban sin anestesia hasta la década de 1950 el panorama empezó a cambiar con la aparición de anestésicos de acción corta y relajantes musculares. Por lo general el tratamiento se emplea para mejorar las fases agudas y graves de esquizofrenia con delirios y alucinaciones, en las depresiones graves con insomnio, cambio de peso, desesperación o culpabilidad e ideas de suicidio u

homicidas, o que no pueden tomar antipsicóticos (mujeres embarazadas); pacientes que no responden al tratamiento farmacológico y en manías severas, por lo tanto debe ser considerado como tratamiento de segunda opción.⁶²

La TEC se da bajo la forma de una serie de tratamientos (3 veces por semana durante 2-4 semanas), se frecuenta aplicar por las mañanas y en ayunas, los pacientes que presentan náuseas fácilmente deberán ser medicados con atropina. Antes de efectuar el tratamiento se debe someter al paciente a una completa exploración psiquiátrica, exámenes de tórax con electrocardiograma para excluir alteraciones de corazón, aneurisma de aorta o infecciones pulmonares, acompañados con análisis de sangre con recuento sanguíneo total, urea y electrolitos. Es necesario el consentimiento informado (salvo casos de aplicación por orden judicial, en cumplimiento del Mental Health Act). La terapia se aplica en quirófano y se administra al paciente anestesia general (relajantes musculares, oxígeno, tubo de boca para evitar mordeduras de lengua y lesiones dentales, etc.), a continuación se conectan electrodos distribuidos uni y bilateralmente en el cuero cabelludo del paciente y se aplica una corriente eléctrica que provoca una convulsión, la cantidad de corriente varía ampliamente de un enfermo a otro en base al sexo, estatura y peso del paciente, y en función de anteriores electrochoques. La diferencia de potencial es de 70-130 voltios durante 0.1-0.5 segundos, hasta provocar las convulsiones. La mayoría de los terapeutas aplica más de la dosis mínima necesaria con el fin de evitar fracasos.^{63,64}

El paciente no percibe nada si es anestesiado y relajado, minutos más tarde, despierta sin recordar los sucesos que tuvieron lugar durante el tratamiento, debe salir del electroshock como al salir de un sueño por anestesia breve, debe permanecer en observación en una sala de recuperación, no debe levantarse hasta que esté tranquilo y pueda responder fácilmente a preguntas sencillas. Cuando se administra en régimen ambulatorio, hay que advertir al paciente que no conduzca el resto del día y, a ser posible, que vuelva a casa acompañado por un familiar o amigo.⁶³

El efecto de la TEC consiste en aumentar la permeabilidad de todos los neuroreceptores cerebrales ya que los neurotransmisores funcionan mejor tras la acción de los electrochoques.⁶⁴

Los efectos secundarios no suelen durar mucho tiempo aunque los más corrientes son las pérdidas temporales de memoria a corto plazo, náuseas, dolores musculares, dolor de cabeza, rara vez variación de presión sanguínea o ritmo cardíaco y arritmias.⁶³

4.6. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

4.6.1. TERAPIA PSICOANALÍTICA.

4.6.1.1. PSICOANÁLISIS.

El psicoanálisis es una metodología para tratar las enfermedades mentales, basada en la revelación de las relaciones inconscientes de las que las persona tratada no suele tener. Desde que Freud dio a conocer el psicoanálisis en la década de 1890, ha ido evolucionando y ramificándose en varios métodos de tratamiento, el método básico del psicoanálisis es la asociación libre. El paciente en un ambiente relajado, es inducido directamente para que se hable sobre lo que viene a la mente. Los sueños, deseos, esperanzas, fantasías, así como los recuerdos de la infancia son de interés para el especialista, el cual simplemente escucha, haciendo comentarios solo cuando desde su criterio profesional, cree oportuno insistir en alguna parte del discurso del paciente.

Normalmente el psicoanálisis está contraindicado en las enfermedades psicóticas, aunque a veces se utiliza una vez que los síntomas psicóticos se han resuelto con el tratamiento farmacológico. En general, la finalidad de la terapéutica consiste en mejorar los síntomas, más que en curarlos. El pronóstico es mejor cuando el paciente tiene la capacidad suficiente para utilizar el tratamiento en un ambiente estable y con una inteligencia adecuada.^{62,63}

4.6.2. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

4.6.2.1. PSICOEDUCACIÓN.

Se entiende por psicoeducación a la información específica acerca de la enfermedad, así como el entrenamiento en técnicas para afrontar el problema, apuntando al paciente y a su familia. La ayuda que puede prestar el tratamiento psicosocial se ofrece en forma conjunta al tratamiento farmacológico y demás medios que son indispensables. El paciente busca mejorar la evolución de la enfermedad, disminuir las recaídas y reformar el funcionamiento y la reinserción social.^{61,68}

La familia logra mayor adhesión al tratamiento, que se consulte precozmente frente a los síntomas de descompensación y a los posibles efectos secundarios del tratamiento, mejoran los patrones de comunicación dentro de la familia, aumentan las habilidades familia para resolver los problemas, mejoran las estrategias de contención de los familiares y comprometen el involucramiento de los familiares en actividades sociales fuera del ámbito familiar, además disminuye la tensión familiar que es el clima emocional que rodea al familiar enfermo, indicando aquellos aspectos del ambiente familiar que influyen en el pronóstico. La tensión familiar es predictiva, ya que los pacientes que viven con familias de alta

tensión recaen en una relación aproximada de dos veces y media y una más con respecto a los que viven en familias de baja tensión.^{65,68}

Existen síntomas de alerta que permiten detectar un nuevo episodio, por lo que su conocimiento y manejo es angular para evitar que el episodio sea más intenso y de mayor duración. Se calcula que más del 60% de pacientes con esquizofrenia no son diagnosticados adecuadamente y por lo tanto no reciben un tratamiento efectivo, presentando comorbilidad con diversos padecimientos médicos psiquiatras, principalmente con abusos de sustancias, depresión, trastornos de ansiedad y otros que influyen en que no se le diagnostique y trate adecuadamente, requiriéndose identificarlos por psiquiatras capacitados a través de visitas a hospitales o asilos, en donde se tengan recluidos pacientes por abuso de sustancias u otras patologías incapacitantes.^{66,67,68}

4.6.3. HOSPITALES Y CENTROS DE DÍA.

El primero es un servicio ambulatorio que consta de un tratamiento más intensivo y estructurado que el ambulatorio normal, pero siendo un sistema menos restrictivo que la hospitalización. Es considerado como un instrumento de prevención secundaria buscando la estabilidad en la situación clínica del paciente, actúa sobre los factores sociales y familiares, alivia las secuelas del proceso patológico y minimiza las consecuencias sociales que implica la rotulación de una enfermedad mental.

El segundo se orienta en la psicoeducación del paciente y de su medio sociofamiliar basado en el entrenamiento de habilidades en el trato social, actividades de orientación cultural y recreativas.⁶⁸

4.6.3.1. CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

Ofrecen programas individuales de rehabilitación psicosocial que permiten desarrollar y recuperar habilidades sociales para que puedan incorporarse a la comunidad y funcionar activa y autónomamente. También asesora a familias de los pacientes mediante programas de psicoeducación.

4.6.3.2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRECOZ.

Son programas de psicoeducación para reconocer los síntomas previos a una recaída como prevención de estas y rehospitalizaciones. Estos síntomas consisten en tensión, dificultad de atención, menor consumo de alimentos, pérdida de memoria, alteraciones de sueño, etc.

4.6.4. TERAPIA SISTÉMICA O FAMILIAR.

El terapeuta colabora junto a la familia del paciente para reestructurar el sistema familiar disfuncional, intentando descubrir las reglas del juego armónico en cada una de las situaciones con el fin de desarrollar una estrategia de intervención capaz de incidir en las pautas de interacción para lograr cambiar así estas interacciones disfuncionales.

4.6.5. TERAPIA DE RECUPERACIÓN COGNITIVA.

La rehabilitación cognitiva constituye un área de mucho interés, con desarrollo de múltiples programas de investigación para remediar el déficit en atención, memoria y función ejecutiva en otros, que padecen los pacientes con esquizofrenia.

Los procedimientos y técnicas de esta terapia se han ido adaptando para su aplicación en el abordaje de los síntomas positivos resistentes al tratamiento farmacológico. El procedimiento de intervención aplicado a estos síntomas está formado por las siguientes fases:

1. Entrevista preliminar (Son varias entrevistas con el paciente para definir las creencias a modificar y establecer una relación terapeuta-paciente).
2. Línea Base (Se recoge todos los datos revelantes sobre las creencias delirantes y las evidencias que las apoyan).
3. Disputa verbal (Se anima al paciente a considerarla creencia delirante como una posible interpretación de los eventos que las activan, no se le dice al paciente que su interpretación es errónea, sino que es una alternativa entre otras, estimulándolo a ofrecer otras alternativas y que las valore críticamente todas ellas).
4. Prueba de realidad. (Cuando la fase 3 no se consigue modificar las creencias delirantes, el mismo paciente junto con el terapeuta planean una serie de acciones y actividades para comprobar empíricamente la veracidad o no, de dichas creencias delirantes).²²

Este tipo de rehabilitación obtiene mejores resultados sobre los delirios que sobre las alucinaciones, consiguiendo una reducción significativa de síntomas en algunos individuos. Estudios realizados indican que la terapia cognitiva resulta más eficaz que la terapia de apoyo o el tratamiento habitual en la reducción de síntomas negativos en el post-tratamiento inmediato, pero los beneficios no se generaliza al seguimiento de dos años. A pesar de ello, la comparación de los pacientes que recibieron terapia psicológica (cognitiva de apoyo) junto al tratamiento farmacológico indican la superioridad del método combinado respecto a los abordajes convencionales en la reducción de síntomas psicóticos residuales, como la inhibición psicomotriz y ataques de pánico con resultados variables.^{69,70}

En definitiva la aplicación de este tratamiento ofrece posibilidades de intervención prometedora, aunque la evidencia disponible en la actualidad todavía es escasa y no exenta las posibilidades metodológicas.⁶⁹

4.6.6. TERAPIA OCUPACIONAL O LABORTERAPIA.

Los grupos de rehabilitación laboral proporcionan una actividad ocupacional protegida, se trata de una labor complementaria al proceso de intervención social que se lleva a cabo en otros servicios sociales que pueden ofrecer este complemento, servicio social, atención primaria, centro de acogidas, profesionales del ámbito socio-sanitario, etc., siempre a partir de la derivación de un profesional responsable del seguimiento con y su participación en un grupo de laborterapia.

El objetivo es estimular la adquisición y el desarrollo de hábitos de trabajo tanto individual como grupal, disminuir comportamientos de riesgo, preparar a la persona para acceder al mercado laboral normal y dar una ayuda económica de contraprestación para hacer frente a necesidades puntuales o vitales concretas.

Los terapeutas ocupacionales buscan la reintegración social del paciente que frecuentemente se ve afectada. Para ello organiza debates entre pacientes, discusiones de grupo, actividades teatrales o artísticas, que puedan ayudar a que el paciente se relacione con otras personas.

Así mismo es importante que el paciente cuente con el apoyo de su familia ya que muchas se desinteresan de su problema. Puede que sus recuerdos sea lo único que conecte al paciente con la realidad, por tanto habría que trabajar sobre estas áreas.

4.7. TRATAMIENTOS NO CONVENCIONALES.

4.7.1. HIPNOSIS

Este tratamiento es controvertido en pacientes con esquizofrenia. Existen estudios que comparan la hipnosis de diversos grupos clínicos y controles sanos, en los cuales los pacientes esquizofrénicos aparecen con baja hipnotizabilidad, probablemente por el déficit cognitivo. Recientes trabajos que utilizan el perfil de inducción hipnóticos en pacientes esquizofrénicos, no han mostrado diferencias significativas con grupos controles. Dado que el hipnotizado necesita una relación terapéutica más estructurada en su aplicación, es posible que este elemento sea decisivo en la respuesta hipnótica obtenida en estos pacientes. Algunos autores plantean el tratamiento bajo ciertas condiciones y restricciones.⁷¹

4.7.2. MUSICOTERAPIA.

La OMS define a la musicoterapia como “el uso de la música o de los elementos musicales, el sonido, el ritmo, la melodía, la armonía por un musicoterapeuta calificado en un paciente o grupo de pacientes para facilitar a promover, la comunicación, interrelación y aprendizaje, la movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos revelantes con el objetivo de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas”.

El terapeuta debe estar especializado en danza, movimiento, música, expresión plástica, ocupacional y recreativa para crear una conexión y representar una estabilidad y seguridad con el paciente, además del desarrollo potencial, restablece funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal o interpersonal, en consecuencia de alcanzar una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación o tratamiento.⁷²

Este tratamiento se ha empleado recientemente como una forma de tratamiento de pacientes que padecen esquizofrenia, y que tienen como consecuencia la incapacidad de comprender preguntas, falta de atención, sensibilidad, dificultad para reflexionar sobre sus propias conductas y sentimientos, falta de sensibilidad del instrumento para detectar los cambios observados en los pacientes como producto al tratamiento de autismo.^{73,74}

La musicoterapia trabaja con cuatro tipos de experiencias: improvisación, creación musical, recreación y la escucha musical. Lo importante de este trabajo, es el proceso que se proporciona por medio de las actividades y no el producto musical en sí mismo.⁷⁴ Se piensa que la frecuencia de las ondas sonoras que llegan a cerebro son las responsables del tratamiento los pacientes lo cual hace que se sientan mejor frecuentemente al principio de este. Esta percepción de mejoría puede funcionar como factor para facilitar la permanencia y la participación activa en la musicoterapia, aunque está claro que el tratamiento farmacológico es la base de la intervención terapéutica.⁷⁵

4.7.3. EXPRESIÓN CORPORAL.

La expresión corporal expresa los estados anímicos comunica y traduce la vida inferior a través del gesto, sonido, actitud, mueca y movimiento sin la necesidad de alcanzar una destreza previa ni una vocación específica, para desarrollar la conciencia, armonía y el dominio del cuerpo, descubrir y comprender y controlar la motricidad, crear condiciones para precisar los movimientos corporales y eliminar tensiones innecesarias; así como el perfeccionamiento de habilidades de coordinación, equilibrio, salto, etc. y el trabajo individualmente en parejas pequeñas.⁷³

El manejo de actividades expreso-creativas, recreativas y orientadas al trabajo, mejoran el funcionamiento psicosocial de los participantes así como la convivencia

de grupo y la dinámica de este. El empleo de expresiones artísticas como recurso terapéutico para el tratamiento de esquizofrenia data de tiempos inmemorables. Las expresiones artísticas como herramientas terapéuticas han sido utilizadas con varios grados de intensidad afectiva, pueden ser una manera de llenar el tiempo de pacientes aislados y de estimular los sentimientos positivos por medio del proceso creativo.

4.7.4. ACUPUNTURA.

La acupuntura es un tratamiento con fines terapéuticos de la medicina tradicional China y consiste la mayoría de veces en clavar agujas en el cuerpo para tener un estilo de vida, alimentación y emoción equilibrado que se ha perdido. El padecimiento de esquizofrenia se describe en los síntomas de la medicina China como “Síndrome DIAN o Síndrome KUANG”, el primero hace referencia a una esquizofrenia tipo depresiva y el segundo a una esquizofrenia tipo maniaca. El tratamiento de estos síndromes se puede apoyar con la acupuntura, que se refiere a la aplicación de agujas en puntos de la oreja; ya que esta última es considerada como un mini mapa de todo el cuerpo. Para el síndrome DIAN los puntos que deben trabajarse son: Shemen, riñón, occipucio, subcortex y nervio occipital; en el caso síndrome KUANG, se ayuda con los puntos: corazón, hígado, estómago, yang de hígado, cerebro y subcortex occipucio como se observa en la figura 9.^{76, 77}

Estudios indican que el tratamiento es eficiente en un 89%, considerada acertadamente al cuidado del ser humano aunque no cure la enfermedad ya que no produce efectos secundarios a los que se enfrentan al tratamiento farmacológico.⁷⁶

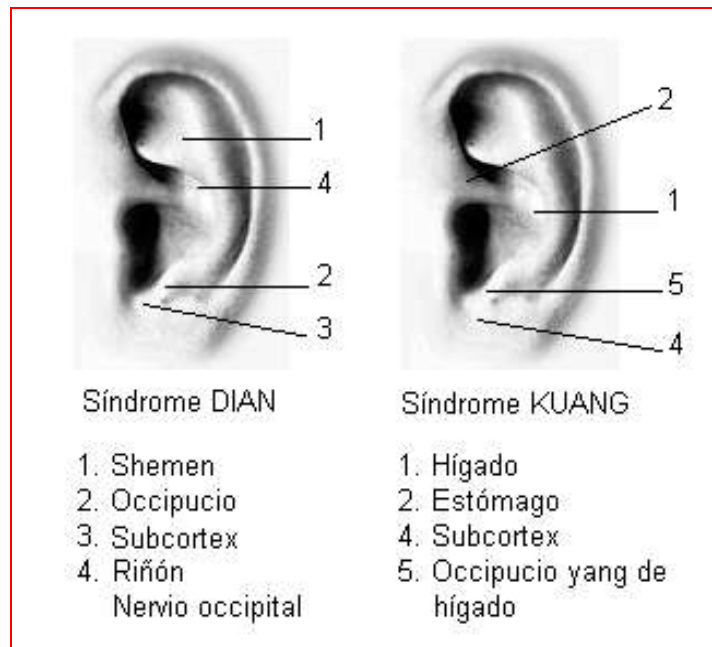


Figura 9. Acupuntura con fines terapéuticos

4.8. DIETA

La nutrición cerebral adecuada y suficiente mantiene la integridad estructural y funcional de las neuronas.⁷⁷ Algunos experimentos han demostrado que mediante suplementos nutricionales, es posible mejorar los síntomas mentales.⁸⁰ En las enfermedades mentales mayores como la esquizofrenia se ha demostrado que hay deficiencias nutrimentales a nivel celular y está cada vez más asociada con trastornos del desarrollo neurológico debido a influencias durante el desarrollo cerebral temprano que modifican el riesgo de padecer este trastorno.⁷⁷

El apoyo alimentario, nutrimental y metabólico contribuye a mejorar la estructura y función biológica de la célula neuronal y a la atención integrada del paciente con esquizofrenia. La nutrición es una ciencia integradora que obliga al ejercicio del trabajo multidisciplinario e interdisciplinario y que su relación con la salud y la enfermedad mental es establecida porque se obtienen los alimentos aportados por la dieta, además se considera a la nutrición como una terapéutica de apoyo fundamental pero no curativa de la patología.⁷⁸ A todo esto se ha planteado que los pacientes con esquizofrenia pueden beneficiarse con una dieta suplementaria de:

- **Ácidos Grasos esenciales y antioxidantes.** El posible uso de ácidos grasos esenciales omega-3 (α -linoleico) que está presente en plantas verdes (espinacas, brócoli, col, etc.), aceite de lino, trigo, nuez y en cantidades mayores en pescado. Las personas con esquizofrenia poseen un bajo nivel en ácidos grasos omega-3. Estudios han demostrado que la esquizofrenia aparece mucho menos en países donde la dieta aporta menos grasa, menos ácidos grasos saturados y un elevado contenido de ácidos grasos poliinsaturados del tipo omega-3 además de disminuir los síntomas del trastorno ayuda a tener un control y pérdida de peso con una dieta rica de omega-3.⁷⁹
- **Ácido fólico.** (en caso de deficiencia) Es una coenzima necesaria para la formación de proteínas estructurales y hemoglobina. Se encuentra en las vísceras de animales, verduras de hoja verde, legumbres, frutos secos y granos enteros. Se pierde en alimentos conservados a temperatura ambiente y durante la cocción se almacena en hígado y no es necesario ingerirlo diariamente.⁸¹ Estudios han descubierto que entre los pacientes esquizofrénicos con bajos niveles de ácido fólico, a aquellos que recibieron suplementos de esta sustancia, mejoraron significativamente y su estancia en el hospital fue más breve en comparación con los pacientes que no la recibieron.⁷⁸
- **Glicina.** (0.8 g. por 2.2 libras o Kg. de peso corporal al día). Aminoácido que actúa como neurotransmisor inhibitor en la médula espinal, también existe en el prosencéfalo, donde se ha observado que funciona como un coagonista de N-metilo-D-aspartato (NMDA), un subtipo del receptor de glutamato. Este

aminoácido excitador estimula la zona receptora de glicina insensible a estriquina del receptor NMDA y puede disminuir los síntomas de la esquizofrenia. En algunos experimentos se ha podido observar que, cuando se añade al tratamiento con neurolepticos, la glicina reduce los síntomas negativos de la esquizofrenia. Sin embargo, otros estudios sobre glicina en la esquizofrenia han revelado un empeoramiento o ningún cambio en las puntuaciones de psicosis.⁸²

- **Vitamina B3.** También llamado ácido pantoténico, del complejo B cuya estructura responde a la amida del ácido nicotínico o niacina, funciona como coenzima para liberar la energía de los nutrientes. Se encuentra en hígado, aves, carne, salmón, atún enlatado, cereal entero o enriquecido, granos y frutos secos. El cuerpo la fabrica a partir del aminoácido triptófano y la alimentación con alta dosis de éste último. Se ha utilizado experimentalmente sobredosis de B3 en el tratamiento de esquizofrenia, evitando la degeneración en las neuronas, aunque en si ninguna prueba ha demostrado su eficacia.
- **Vitamina B6.** (de 100 a 150 mg diarios) La piridoxina o vitamina B6 es necesaria para la absorción y el metabolismo de aminoácidos. También actúa en la utilización de grasa del cuerpo y en la formación de glóbulos rojos. Sus insuficiencias pueden ocasionar convulsiones, mareos, náuseas y anemias. Las mejores fuentes de piridoxinas son los granos enteros (no enriquecidos), cereales, pan, hígado, espinaca y plátano. Es útil en casos de esquizofrenia, psicosis y depresiones puede reducir las migrañas.
- **Vitamina C.** (hasta 8 g. diarios en pacientes tratados con medicamentos psiquiátricos apropiados). Funciona en muchas reacciones bioquímicas, casi todas por oxidación. Por eso se necesita o facilita la conversión de ciertos residuos de prolina de colágeno en hidroxiprolina durante la síntesis de colágeno, la oxidación de cadenas laterales de la lisina proteica para dar hidroxitrimetilisina para la síntesis de carnitina, la síntesis de esteroides por la corteza adrenal, la conversión de ácido fólico en ácido folínico y el metabolismo microsomal de las drogas y el metabolismo de la tirosina; durante el crecimiento y embarazo hay requerimientos aumentados de este nutriente. Generalmente se encuentra más en frutas, verduras y carnes en menor cantidad.^{81,86}
- **Melatonina.** La melatonina se produce en la glándula pineal, localizada en el cerebro. Los niveles de melatonina en el organismo fluctúan con los ciclos del día y la noche. Los niveles más elevados de melatonina se alcanzan durante la noche. La mayoría de los médicos recomiendan tomar 1–3 mg de melatonina una a dos horas antes de acostarse, está presente en los alimentos en cantidades insignificantes. Como los antipsicóticos ocasionan numerosos efectos secundarios, como movimientos involuntarios de las extremidades y entumecimiento, la melatonina una hormona liberada por el

cerebro y que regula el sueño podría mitigar esta consecuencia adversa de los fármacos, 22 pacientes con esquizofrenia que recibieron, durante seis semanas, 10 mg. de melatonina diariamente y un placebo durante otras seis, experimentaron una mayor mejoría con esta terapia; investigadores señalan que no está del todo claro cómo actúa la melatonina, sin embargo, opinan que sus beneficios podrían deberse a sus propiedades antioxidantes, que han demostrado tener un efecto protector sobre las neuronas, describiendo que actúa como un neuromodulador en el hipotálamo, inhibe la recaptura de la serotonina; en el mesencéfalo e hipotálamo de ratas se ha observado que aumenta la concentración de este neurotransmisor. También se ha descrito que inhibe la liberación de la dopamina y de la acetilcolina en el hipotálamo y en la retina.⁸³

- **Serina y L-metionina.** Produce exacerbación de los síntomas de esquizofrenia al ser estos dadores de grupos metilos, sosteniendo la hipótesis original que postula un exceso de metilación, si se agrega a la alimentación un aceptor de estos grupos, como la glicociamina, se acumulan los efectos de la metionina.⁸⁶
- **L- fenilalanina.** Eleva el estado de ánimo, reduce el dolor, mejora la memoria y el aprendizaje y suprime el apetito, trata la esquizofrenia, no es recomendable para personas embarazadas, con presión arterial o que presenten alergia a este aminoácido.⁸⁰
- **Coenzima Q10.** Es una molécula indispensable para llevar a cabo reacciones enzimáticas en el cuerpo. Cuando un paciente con esquizofrenia recibe una dieta libre de Co10 aumenta la utilización del oxígeno en el cerebro y es un moderador de la conducta presenciando un desarrollo mejor de comunicación y aprendizaje.⁸⁰
- **Dieta sin gluten ni lácteos.** El gluten es una proteína que se encuentra en el trigo, algunos otros cereales, y la caseína proteína de la leche, ha sido objeto de investigaciones sobre sensibilidades alimentarias como factor en la aparición de la esquizofrenia. Un estudio preliminar ha encontrado que los pacientes que siguieron una dieta sin gluten ni lácteo mejoraron y tuvieron estancias más cortas en el hospital que quienes consumían una dieta normal, además mejoraban la respuesta del tratamiento farmacológico.⁸ Se ha propuesto como mecanismo de acción la presencia de exorfinas de estructuras peptídico en el gluten de trigo y en la α -caseína, con propiedades agonistas y antagonistas de la morfina respectivamente, lo cual ha llevado a pensar también en la posibilidad de la producción de endorfinas con efectos similares.⁸⁵

Se debe hacer necesario crear un programa de educación alimentaria encaminando a crear las bases del conocimiento sobre una dieta saludable dirigida a preservar la salud mental y sobre una dieta terapéutica que sirva para atenuar o que contribuya a eliminar los síntomas psiquiátricos, creando nuevos hábitos alimentarios que promuevan, protejan y restablezcan total o parcialmente la salud mental.

4.9. HÁBITOS

El consumo de sustancias de abuso y la utilización de fármacos antipsicóticos pueden modificar el metabolismo de estos últimos. La prevalencia del uso de sustancias de abuso entre los esquizofrénicos es del 47%; frente al 16% de la población general. Se ha demostrado que el consumo de drogas y alcohol presenta más síntomas psicóticos y que la administración de fármacos sea menos frecuente, lo que explica en gran parte por qué sus síntomas son más graves y la evolución de la enfermedad empeora, haciendo que ingresen con más frecuencia a hospitales, por lo que se debe evitar.⁸⁸

La incidencia de tabaquismo en pacientes con esquizofrenia (90%) es muy superior a la población en general (25%), circunstancia que se ha atribuido a una forma de automedicación para reducir los efectos secundarios de los neurolépticos o evitar manifestaciones emocionales de la esquizofrenia, como la disminución del interés y el placer, la falta de motivación y el aplanamiento afectivo. Es sabido que los efectos neurobiológicos de la nicotina actúa sobre diversos núcleos encefálicos, incluidos el sistema mesocorticolímbico y caracterizados por facilitar la liberación de neurotransmisores con una destacada influencia sobre las sensaciones y el estado emocional, lo que se conoce como “fenómenos de recompensa” asociados a la satisfacción del impulso que surge por la falta de nicotina.⁸⁹

El abuso de alcohol puede reducir la aparición de síntomas extrapiramidales independientemente de sus acciones sobre el sistema dopaminérgico y serotoninérgico, sin embargo puede incrementar los efectos depresores de este, sobre el sistema nervioso, además de presentar fisonomías de personalidad antisociable.⁸⁸

El uso excesivo de drogas alucinógenas como marihuana o diversas drogas estimulantes como cocaína, metamphetamine y cafeína junto con la medicación neuroléptica puede empeorar la evolución de la enfermedad produciendo una reducción en la absorción de ambas sustancias, provocando nerviosismo, apatía o incremento de actividades, algunas personas con esquizofrenia aseguran que el consumo de estas drogas les ayudan a sentirse menos ansiosos, deprimidos o aburridos.⁸⁸

Se han realizado estudios como alternativa que inhiba el consumo de drogas y alcohol con antipsicóticos atípicos como Clozapina, Olanzapina, Sertindol y Risperidona, sin embargo aún están en investigación.⁸⁸

5. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

5.1. INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Para realizar una buena terapia farmacológica, el especialista (Psiquiatra, Q.F.B.) deberán tener en cuenta tres puntos de interés durante el curso del tratamiento.⁶¹

1.- Antes de iniciar el tratamiento

- Tener claro el diagnóstico antes de prescribir el psicofármaco, si no se tiene este diagnóstico es necesario formular una serie de hipótesis diagnosticadas y esbozar el diagnóstico diferencial, por ejemplo, estados depresivos, psicóticos y catatónicos, pueden estar provocados por enfermedades médicas o psiquiátricas o bien por abuso de sustancias.
- Tomar en cuenta posibles interacciones farmacológicas y problemas médicos (síntomas psiquiátricos del paciente, aumento de toxicidad del fármaco, disminución de eficacia del tratamiento propuesto ejemplo, carbamazepina acelera el metabolismo de ciertos antidepresivos tricíclicos.
- Tener en cuenta la posibilidad de abuso del alcohol u otras sustancias, que puedan confundir el tratamiento.
- Antes de prescribir la medicación psiquiátrica es recomendable identificar los síntomas diana (trastorno del sueño, ataques de pánico, alucinaciones, etc.)

2.- Administración del fármaco

- Los antipsicóticos son el pilar del tratamiento de la esquizofrenia. Estos medicamentos no son curativos en sentido estricto, sino que previenen las recaídas.
- Una vez elegido el medicamento, hay que administrarlo en la dosis correcta.
- La mayoría de los pacientes deberían tomar la mínima dosis posible, esa dosis mínima se establece de manera empírica, es decir, no existe ninguna fórmula que permita saber de antemano en cada caso cuál es la dosis ideal, por lo que se calculará en función de cada paciente.
- La mayoría de los pacientes se beneficiarán de un tratamiento continuado.
- En los ancianos es prudente iniciar con dosis menores de lo habitual, porque el tiempo necesario para alcanzar el estado de equilibrio suele ser más prolongado.
- En el monitoreo hay que evaluar la eficacia del tratamiento, vigilar y tratar las reacciones adversas, acontecimientos vitales revelantes para el tratamiento.

3.- Suspensión del tratamiento

- Disminuir la dosis lentamente, lo que puede ser útil para prevenir la aparición de síntomas de rebote y de abstinencia.

4.- Costos

- El costo del tratamiento de las esquizofrenias, como el de otras enfermedades, constituye un problema financiero que concierne no sólo a los economistas, sino también al personal clínico, sirviendo como guía a la hora de elegir el fármaco.¹⁰³

5.2. EXPECTATIVAS (PRONÓSTICO)

Como es una enfermedad crónica, es común que se presente recurrencia de los síntomas, sin embargo, se puede manejar bien. Es necesario que la familia del paciente se involucre debido a que los esquizofrénicos desorganizados a menudo no pueden cuidar de sí mismos.

Las personas que presentan esta condición frecuentemente dejan de tomar los medicamentos, ya sea debido a los efectos secundarios desagradables o debido a que creen que ya se han curado y que, por lo tanto, ya no necesitan dichos medicamentos.

El suicidio y la autoagresión son complicaciones serias posibles, al igual que una pérdida en la capacidad de trabajar y de desenvolverse socialmente. El abuso de drogas es un riesgo mayor y se encuentra en una tasa más alta en pacientes con esquizofrenia.

Se debe buscar asistencia médica si la persona o un ser querido experimentan síntomas. Los miembros de la familia y los servicios psiquiátricos de la comunidad pueden ayudar para que el paciente se tome todos los medicamentos de manera apropiada y para que los efectos secundarios sean tolerables, aunque es mucho menos probable que los medicamentos más recientes para tratar esta condición causen efectos secundarios molestos.

El pronóstico global para la esquizofrenia parece ser mejor en los países en desarrollo que los desarrollados; las razones no están claras, pero pueden reflejar un mejor apoyo social por parte de una familia extensa, en el mundo desarrollado, la mayoría de los pacientes vuelven a un funcionamiento personal normal o cercano a la normalidad después de los episodios psicóticos, y solo una pequeña minoría requiere atención.⁴

5.3. CAUSAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y POSIBLES SOLUCIONES

FACTORES	RAZONES	SOLUCIONES
a) De la medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios • Ineficacia • Complejidad de la dosificación • Coste económico 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación y tratamiento de efectos secundarios • Cambio del fármaco • “Vacaciones” del fármaco • Dosis bajas • Estrategias de potenciación para mejorar la eficacia clínica • Monodosis • Accesibilidad del tratamiento (recetas)
b) Del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología • No conciencia de enfermedad • Conducta de enfermedad anormal • Abuso de sustancias • Edad • Cultura • Actitudes del paciente y de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación del vínculo terapéutico • Sistema de apoyo para ancianos • Organización de la administración • Simplificar las tomas • Compromiso familiar • Farmacovigilancia • Antipsicóticos depot • Medicación forzada • Rehabilitación psicosocial
c) Del profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del incumplimiento • Visión de la enfermedad • Pronóstico • Habilidades de comunicación • Educación médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración de incumplimientos • Discusión con el paciente • Actitud positiva hacia la medicación • Actitud y cooperación de respeto a opiniones del paciente • Educación del paciente y familia • Psicoterapia • Programas de apoyo a distancia (correo, teléfono) y avisos con mensajes móviles

Cuadro 9. Causas de la falta de incumplimiento y posibles soluciones.

5.4. PREVENCIÓN

La mejor manera de prevenir las recaídas es continuar tomando los prescritos. Puesto que los efectos secundarios son una de las razones principales por las que las personas con esquizofrenia dejan de tomar los medicamentos, es muy importante encontrar el medicamento y las dosis que controlan los síntomas sin producir efectos secundarios.

5.5. CENTROS DE APOYO

El manejo del paciente con esquizofrenia no termina con una adecuada evaluación, diagnóstico y tratamiento, es necesario un apoyo continuo y permanente a los cuidadores primarios que son los familiares cercanos que son responsables de la atención y cuidado del enfermo. Este apoyo se basa fundamentalmente en la información y educación que se les brinda. Hoy en día han surgido algunos centros de apoyo y organizaciones que hacen que el paciente y sus familiares estén conscientes de la importancia de la labor de los cuidadores y la necesidad de prestar ayuda tanto a los afectados como a los familiares, porque hay situaciones en las que el familiar necesita apoyo, comprensión, aliento, en otros (centros de apoyo) la información sobre la enfermedad, el intercambio de experiencias con otras personas del mismo caso, a través de la participación en grupos de autoayuda, para mantener al enfermo en su entorno y aliviar el cansancio físico y psíquico del cuidador.

Sin embargo a veces no queda otra solución que ingresar al enfermo en una institución hospitalaria, siempre y cuando requiera internamiento cuando la gravedad de los síntomas genere riesgo para su vida, o dificulte de forma grave la convivencia, con riesgo para la vida de quienes le rodean. Para esto es importante acudir a algunas unidades intermedias que permiten buscar soluciones adecuadas para aquellos pacientes y familiares que, por su situación clínica enfrenten la enfermedad, incrementando la efectividad del cuidado del paciente. Ver anexo 2.

Cabe destacar que algunas instituciones son caras y de difícil acceso para el grueso de la población, sin embargo para muchas personas es una decisión obligada y necesaria, por lo tanto se ha propuesto algunas razones para acceder al internamiento y algunos criterios de elección a seguir cuando se busca una institución entre lo que ofrece la comunidad. Cuadro 10

1. Organizar a la familia
2. Tomar una decisión:
 - a. Cuándo,
 - b. Dónde,
 - c. Costos,
 - d. Disponibilidad de apoyo
 - e. Sentimientos contradictorios.
3. Criterios para la selección:
 - a. Visitar varias instituciones
 - b. Inspeccionarlas con los 5 sentidos.
 - c. Verificar costos y contratos.
 - d. Ver filosofía, políticas y personal de la institución.
 - e. Observar higiene, limpieza, orden de cocina, baños, etc.
 - f. Ambiente físico, psicológico y social.
 - g. Planes de emergencia.

BUSQUE ANTES DE NECESITAR.

Cuadro 10. Recomendaciones para la institucionalización.

5.6. MONITORIZACIÓN

La experiencia obtenida de la OMS en el seguimiento de pacientes con esquizofrenia en todo el mundo nos aconseja que:

- Los pacientes con esquizofrenia deben ser monitoreados mediante visitas regulares al médico, la frecuencia del seguimiento depende de la gravedad del estado del paciente y de la presencia o ausencia de sus cuidadores.⁸⁸
- Cuando un paciente sufre un primer episodio de su enfermedad, debería tomarse ininterrumpidamente la medicación durante 1 o 2 años.
- Si el paciente sufre una segunda crisis debería tomarla de 3 a 5 años.
- En caso de que se produzca un tercer brote la medicación debería tomarse siempre.

Dentro de las visitas con el médico es necesario observar el estado mental, el estudio de la eficacia del fármaco, su estado funcional sobre la aparición de disquinesia tardía, control de peso, tensión arterial, glucemia plasmática y de lípidos, recuento de hematíes, pruebas de función hepática, exámenes oftálmicos, monitoreo del feto durante las aplicaciones de TEC en períodos de recuperación en embarazos de diez semanas, así como los hábitos tóxicos del alcohol tabaco o drogas, entre otros.^{62,89}

5.7. EXAMENES DE LABORATORIO Y DE GABINETE

El interés de los exámenes de laboratorio en la investigación de la esquizofrenia no solo se encuentra en el diagnóstico diferencial, sino fundamentalmente en la identificación de los efectos que pueden ocasionar la administración de fármacos, por lo que ciertos exámenes son considerados de rutina, otros bajo indicaciones según el contexto clínico y por último las excepciones del especialista como se observa en el cuadro 11.⁶⁴

La decisión acerca de la indicación de estudios de imagen como TAC, RM, PET y TEC deben efectuarse solo en presencia de indicaciones precisas según se anota en el cuadro 12, aunque son útiles para la investigación, actualmente no ayudan a diagnosticar casos individuales. En la actualidad, no existe una prueba diagnóstica para la esquizofrenia por alguno de los métodos auxiliares conocidos, los exámenes comunes pueden ser de utilidad para confirmar o descartar otras enfermedades.⁶⁴

PRUEBA	IR	IC	IE
➤ Química Sanguínea	➤		
➤ Electrolitos	➤		
➤ Biometría Hemática	➤		
➤ Función tiroidea	➤		
➤ EGO	➤		
➤ ECG (Electrocardiograma)	➤		
➤ Sedimentación Globular	➤		
➤ Calcio	➤		
➤ TAC de Cráneo Simple			➤
➤ Niveles sanguíneos de medicamentos		➤	
➤ Niveles sanguíneos de vitamina B ₁₂		➤	
➤ VIH		➤	
➤ Perfil de Lípidos		➤	
➤ RM			➤
➤ PET			➤
➤ TEC			➤
➤ Placa torácica			➤
➤ SPECT			➤

IR = Indicación rutinaria
IC = Indicación según el contexto clínico
IE = Indicación excepcional

Cuadro 11. Exámenes de laboratorio y de gabinete que son utilizados frecuentemente en la enfermedad de esquizofrenia.

Eventualmente la referencia hacia un especialista se justifica si:

- ✓ Después de una primera evaluación y seguimiento, hay dudas sobre el diagnóstico.
- ✓ La familia busca una segunda opción.
- ✓ El diagnóstico es claro, pero se requiere apoyo para el manejo de los síntomas.
- ✓ Referencia para protocolos de investigación.

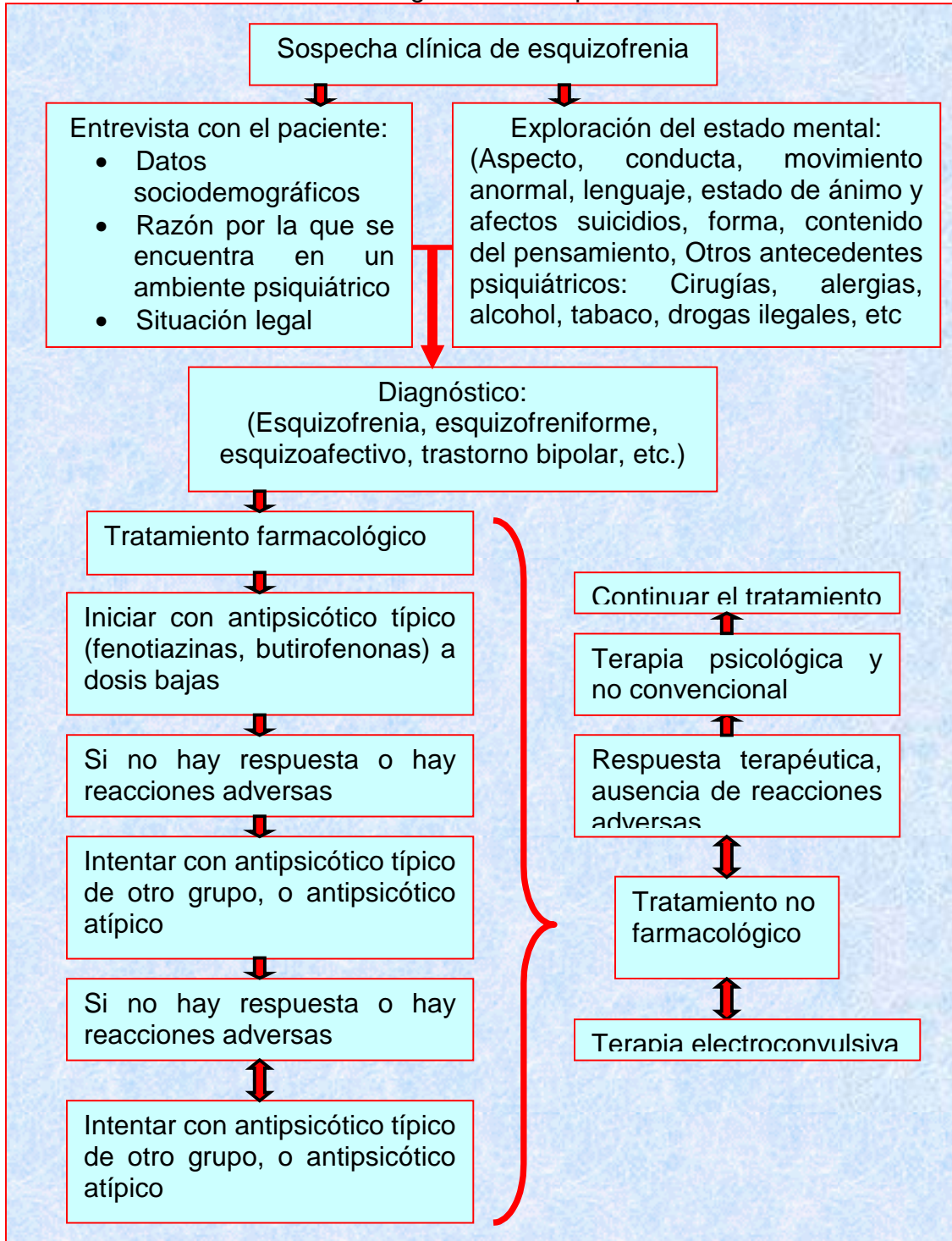
Una referencia al especialista no se justifica si:

- ✓ El paciente sufre de esquizofrenia hace años y no presenta un problema real de manejo.
- ✓ Cuando se considera inapropiado el recurrir a intervenciones riesgosas y/o costosas.

Cuadro 12. Decisiones acerca de estudios en investigación

5.8. CONTENIDO DE LA HISTORIA PSIQUIATRICA (Estudio del paciente)

Gráfico 4. Diagrama Algorítmico para el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la Esquizofrenia⁶⁴



6. CAPÍTULO III: EDUCACIÓN SANITARIA

6.1. JUSTIFICACIÓN

Hoy en día en los programas de salud mental el interés en el paciente, se complementa con el interés en la familia y en la comunidad, es claro que el cuidado de la salud va dirigido a una persona que es parte de una familia. Inicialmente, la familia no reconoce la gravedad del problema; después en forma gradual o súbita adquiere conciencia de que se trata de una enfermedad de consecuencias graves, y hay cambios en las actitudes de sus miembros y ajustes que tienen por objeto combatir con la situación y adaptarse a las nuevas circunstancias. Estas crisis son más notables cuando el paciente tiene que ser hospitalizado y la atención es más aguda cuando dicha enfermedad trae consigo problemas económicos, creando conflictos o agravando otros ya existentes en la familia.

En la actualidad el Químico Farmacéutico Biólogo debe en primer lugar y por encima de todo, acercarse a la familia y al paciente y transmitirle e informarle sobre su responsabilidad, haciéndole comprender mediante métodos directos e indirectos los buenos resultados terapéuticos para mejorar su calidad de vida y de esta forma se vean englobados como parte importante en la atención farmacéutica. Su rol principal es cumplir los siguientes objetivos:

- a) Tratar el primer brote o episodio psicótico rápido y enérgicamente con el fin de estabilizar al paciente.
- b) Mantener el tratamiento del paciente de por vida, garantizando adhesión al tratamiento.
- c) Tratar las recaídas con energía y rapidez.
- d) Diferenciar las formas malignas o resistentes a la medicación de la esquizofrenia, para llevar más adelante tratamientos más enérgicos y en ocasiones con polimedicación.
- e) Tratar las enfermedades psiquiátricas y clínicas comorbidas simultáneamente al tratamiento de la base.
- f) Intentar evitar que el paciente se haga daño o dañe a terceros o que tome determinaciones que lo perjudiquen personal, familiar y socialmente.
- g) Garantizar con los medicamentos los mayores estándares posibles de calidad de vida y reintegración del paciente.

Para todo esto es necesario:

- Conocer bien su patobiografía del paciente y los resultados de tratamientos previos.
- Separar la terapéutica en base a la sintomatología y respuesta terapéutica (síntomas, efectos adversos, interacciones, etc.)

- Evaluar que el paciente y su familia necesitan además de un tratamiento farmacológico, un tratamiento no farmacológico que devuelva al paciente una vida digna.

En suma se pretende ayudar a los miembros a reconocer las formas de relación negativas que son operantes y también a aceptar los cambios en la familia que van a ser necesarios y saludables, mediante la elaboración de láminas, posters, trípticos y cuestionarios, para tratar de beneficiar y comprender lo que sucede cuando se ven afectados de su enfermedad y así evadir la ausencia de divulgación suficiente acerca de temas especializados.

Los modelos de estos trabajos hacen que el paciente no sienta temor a las ideas de sus cambios psicológicos por los que atraviesa y que su familia esté más cerca del paciente, mostrando alternativas que hay hoy en día sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico para prevenir, detectar y manejar oportunamente el paradigma de la enfermedad.

6.2. CONCEPTO DE EDUCACIÓN SANITARIA

La OMS define a la Educación Sanitaria como un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adquirir y mantener prácticas y modos de vida saludables, defendiendo cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos a los que dirige, además consiente la formación profesional y la investigación, involucrando un método de trabajo que consiste en llevar a cabo un proceso continuo y constante a lo largo de tiempo que permite el seguimiento de vida saludable. Este concepto destaca la inserción de la enseñanza a enfermos y la necesidad de ilustrarlos sobre la naturaleza de su enfermedad, motivándolos para que participen hoy por hoy en su control y cumplan las instrucciones indicadas por los expertos en la salud.

El Químico Farmacéutico Biólogo puede ofrecer al paciente todo su caudal intelectual de especialista formado y entrenado en el entorno del medicamento, con todas las facetas que esto comporta, tanto preventivas como terapéuticas, efectuando una importante tarea de educación sanitaria, especialmente sobre terapéutica farmacológica, dirigida a la población en general, a otros profesionales sanitarios y al enfermo en particular, para que todos ellos, con mayor conocimiento sobre los medicamentos, puedan mejorar tanto su salud como su calidad de vida.

90,91

6.3. CLASIFICACIÓN

El comité de expertos de la OMS en educación sanitaria menciona que para que una comunicación se establezca debe haber uno o más emisores (Educador) que son, los que envían y representan la fuente de mensaje, y uno o más receptores (Educatando) que funcionan como la población que reciben la información, clasificando así en dos grupos según las características de relación antes mencionadas, como se observa en el cuadro 13.^{90,92,93}

- **Método Directo o Bidireccional.** Hay un contacto directo entre el educador y educando, este último puede contestar el mensaje convirtiéndose en emisor mediante la palabra hablada, diálogo y charlas.
- **Método indirecto o Unidireccional.** Aquí existe una lejanía de espacio y/o tiempo entre el educador y educando, por medios de comunicación en la palabra hablada, escrita e imágenes visuales, sonoros y/o audiovisuales, apoyándose mediante carteles, folletos, cartas circulares, radio, cine, video, televisión, Internet o teléfono, utilizándose estos en la información y educación sanitaria de grupos y colectividades.

MÉTODOS	BIDIRECCIONAL O DIRECTO	UNIDIRECCIONAL O INDIRECTO
DEFINICIÓN	Contacto entre el educador y educando por medio de la palabra hablada	Lejanía de espacio y tiempo entre el educador y educando por medios técnicos
MEDIO DE COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Palabra hablada • Diálogo • Charla • Cartas 	Palabra hablada, escrita e imágenes interpuestas de medios técnicos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Visual 2. Sonoro 3. Audiovisual
MATERIAL DE APOYO	<ul style="list-style-type: none"> • Dibujos • Pizarras • Esquemas • Diapositivas • Acetatos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cartel, Folletos, Cartas circulares 2. Radio 3. Cine, Video, TV, Internet, Teléfono.
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor método. • El Educador despeja dudas y/o problemas al educando. • Escuchar con atención. • Pedir y dar opiniones al momento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor número de personas que obtienen información. • Facilita intercambio de información. • Impacto mayor que los mensajes con palabras. • Mayor comprensión. • Rapidez de búsqueda informática.
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje o definición incorrecta. • A mayor explicación menor entendimiento. • Confianza menor. • Inseguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación menor por no haber relación cara a cara entre el educador y el educando. • En algunos medios no hay intercambio de opiniones. • Información reducida.

Cuadro 13. Clasificación de la OMS según las características de la relación que se establece entre el educador y el educando.

6.4. MÉTODOS DE COMUNICACIÓN

6.4.1. COMUNICACIÓN

La comunicación es la expresión o transmisión de conocimientos o información, que se encarga de intercambiar hechos, pensamientos, opiniones o emociones, con la existencia de un emisor y un receptor, sin la comunicación no puede haber instrucción, enseñanza o educación. Algunos autores consideran que la transmisión es unidireccional (del emisor al receptor), aunque no es exacto, ya que con frecuencia la dirección cambia y el receptor se convierte en emisor y este en receptor. Tal intercambio tiene la ventaja de aclarar dudas o conceptos confusos enriqueciendo el conocimiento mediante una correcta interpretación.^{94,95} La comunicación se logra de dos maneras:

- **Oral:** Es la palabra hablada, se considera como la más utilizada para la información en la conversación y en el trabajo de la vida privada.
- **Escrita:** Se usa cartas, instructivos, folletos, libros, publicaciones, etc.

6.4.2. EDUCADOR

El comunicador debe cumplir algunos requisitos en cuanto a:

1. **Su preparación:** Para algunos, el conocimiento y la adecuada preparación del tema, son lo más importante.
2. **Su voz y lenguaje:** La voz del expositor debe ser clara con correctas palabras, intensidad adecuada con el sitio donde se habla, dicción no muy lenta ni rápida, lenguaje comprensible adaptándolo al nivel intelectual y cultural del grupo (es decir, sí hay términos técnicos, deben explicarse).
3. **Su actitud frente a quienes lo escuchan:** Debe ser sencilla, cordial y amistosa, evitando gestos, expresiones faciales “tics”, dirigiendo la vista hacia el auditorio para que lo escuchen, aclare y manifieste sus dudas motivándolos y comunicando sus ideas sin su lucimiento personal del educador. Por otro lado, la postura debe ser seria, ya que el tener las manos en los bolsillos o recargarse sobre la mesa, restaría importancia a lo que se dice.
4. **Su presentación personal:** Se debe vestir con sencillez pero decentemente, con pulcritud para tener un mejor impacto sobre el educando. Algunos comunicadores frecuentan caminar al hablar, pero no es conveniente hacerlo reiteradamente.

La labor del educador no debe ser limitada al momento de su presentación, debe tener en cuenta una serie de circunstancias relativas al local, mobiliario y material auxiliar:^{94,95}

- a) **Local:** Debe ser bien ventilado, sin el riesgo de ruidos que distraigan la atención del auditorio y con mejor visibilidad para que observen con claridad los materiales que se les presenten.
- b) **Mobiliario:** asientos cómodos y bien ubicados para poder visualizar y oír claramente el material gráfico y explicación del educador.
- c) **Material auxiliar:** El educador debe preparar, ordenar y conocer perfectamente este material de educación.

6.4.3. EDUCANDO

Este trata de escuchar y/o visualizar el acontecimiento de la sesión educativa, sin embargo, puede tener algunos factores que influyen de manera positiva o negativa en los resultados de la comunicación, como el tener en cuenta que el grupo puede estar formado por individuos diferentes, es decir con niveles intelectuales, culturales y emocionales distintos que los hacen más o menos receptivos, por lo que se debe adoptar a estas diferencias. En cuanto a la actitud del educando, lo podemos encontrar de la siguiente manera:^{94,95}

- a) **Silencioso:** Nunca interviene en la sesión, posiblemente por la falta de interés hacia el tema, confusión, falta de conocimiento, reflexión o simplemente deseo escuchar. Para esto se debe estimular a participar, dar tiempo a reflexionar, aclarar sus dudas no comprendidas, etc.
- b) **Hablador:** Monopoliza las intervenciones del grupo, no permitiendo que los demás participen, porque tiene mayores conocimientos que los demás o siente que la presentación es lenta y quiere agilizarla. El educador debe actuar con delicadeza y firmeza, haciendo que los comentarios del hablador son atinados y por otro lado dar oportunidad a participar formulando preguntas para tener distintas opiniones.
- c) **Desviacionista:** Desvía la presentación con otro tema diferente, las causas pueden ser el no conocer bien los objetivos del tema, que esté atravesando en esos momentos una situación emocional especial o que desee que se exponga más amplios conocimientos sobre el tema. Para esto se debe precisar bien los objetivos del tema.
- d) **Tiempo de silencio:** El grupo no se interesa por el tema o están distraídos, después de una sesión que se venía desarrollando con provecho, preguntas y comentarios interesantes y útiles; por un posible cansancio o ambiente de disgusto.
- e) **Apartes:** Cuando dos o más asistentes hablan en voz baja desatendiendo la explicación a causa de fatiga, que uno no haya entendido y consulte a otro compañero o no les interese el tema. El educador puede suspender un

momento la explicación para preguntar y aclarar dudas o poner más empeño en su presentación.⁹⁴

6.4.4. DIÁLOGO

Charla: Es un procedimiento didáctico donde el orador debe conocer el tema, pero al mismo tiempo debe gozar de reconocido prestigio en la comunidad, el tema elegido debe responder a los deseos, necesidades e intereses del auditorio. La charla debe ser breve con lenguaje claro.

6.4.5. AUXILIARES DE COMUNICACIÓN

Son dispositivos visual o audiovisual que facilitan y apoyan la exposición oral. Para su aprendizaje, los principales son: pizarrón, rotafolio, retroproyector, proyector de transparencias, cintas fijas, películas, diapositivas, televisión, folletos, libros y publicaciones como carteles y posters entre otros.

Una vez cubiertos los puntos anteriores se procede a la presentación de la metodología, diálogo, material de apoyo, Institución asignada y aprobada y revisión de los tiempos de los módulos temáticos.^{94,95}

6.5. METODOLOGÍA

6.5.1. INTENCIONES, OBJETO Y CONTENIDO DEL ESTUDIO.

La intención de este estudio ha sido valorar globalmente la sesión educativa del tema esquizofrenia a personas que asisten al Hospital Clínica No. 68 del IMSS, así como evaluar las condiciones de vida educativa de un paciente con esquizofrenia y su núcleo familiar desde la perspectiva de los derechos y libertades de estas personas intentando responder a ciertas preguntas.

6.6. DISEÑO GENERAL

Se ha realizado un estudio de observación sobre el grado intelectual de la comunidad en general, así como las condiciones de vida educativa y ayuda que reciben en la actualidad personas con esquizofrenia y su núcleo familiar. Se ha efectuado para ello, una revisión en la bibliografía existente referida al tema y se ha diseñado y realizado un trabajo de campo ofreciendo trípticos informativos, posters y cuestionando a distintas personas que estén o no relacionadas con el tema, mediante el siguiente diagrama de flujo:

6.6.1. DIAGRAMA DE FLUJO DEL DESARROLLO DEL TRABAJO

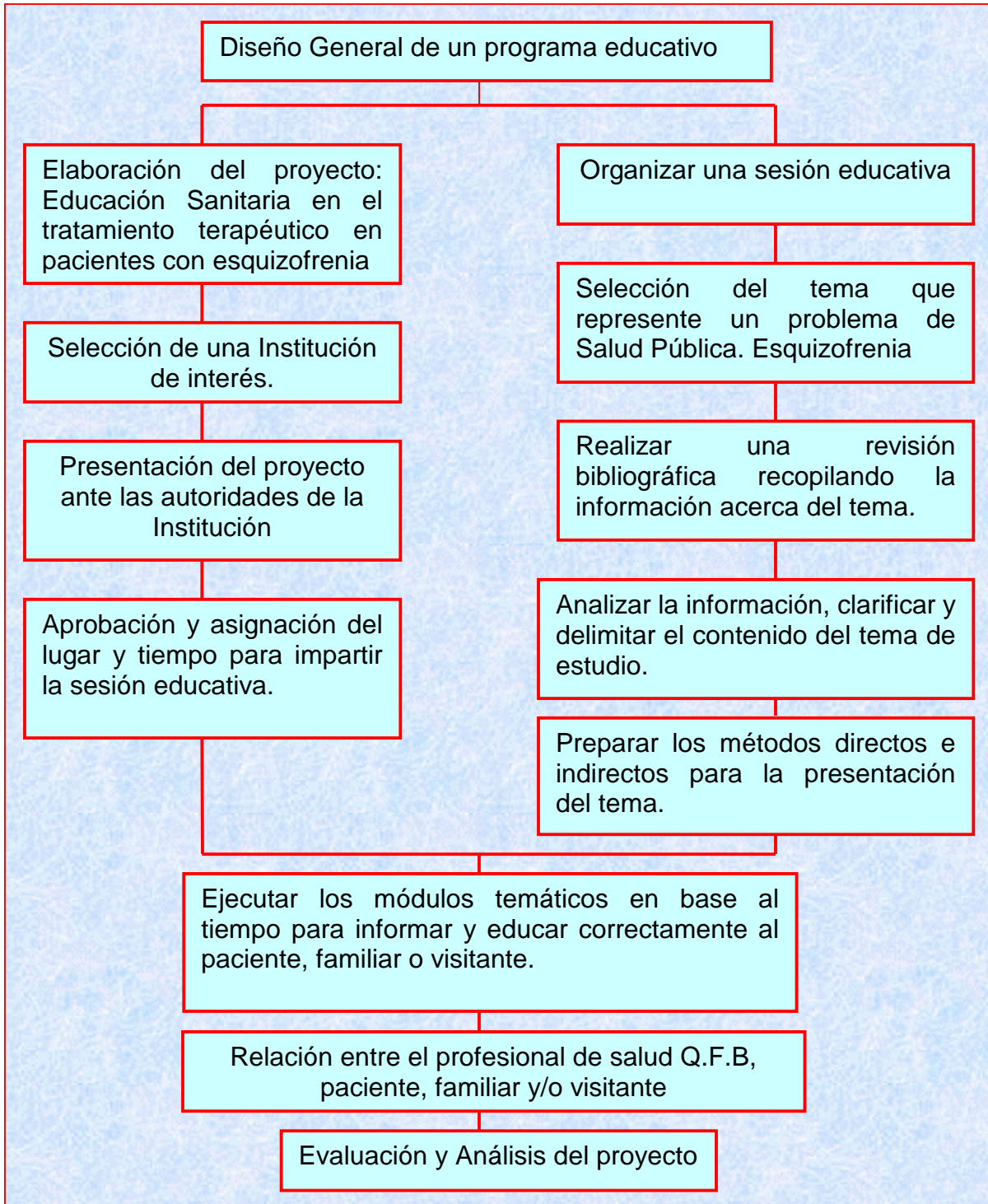


Gráfico 5. Diagrama de flujo sobre el diseño y desarrollo del trabajo de la sesión educativa.

6.6.2. ORGANIZACIÓN DE UNA SESIÓN EDUCATIVA

Se propone diseñar laminas, trípticos, posters y cuestionarios que incluyan todos aquellos aspectos importantes para despertar en las personas un interés en el conocimiento real de la esquizofrenia.

6.6.3. SELECCIÓN DEL TEMA

La selección del presente trabajo intenta acercar de un modo conciso los datos más significativos de información general para el Químico Farmacéutico Biólogo sobre esta condición. El propósito final es generar un ambiente y lenguaje común para que todos los actores de salud coordinemos esfuerzos para mejorar la calidad de vida del paciente con esquizofrenia, su familia y sus cuidadores, así como a la población en general.

6.6.4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema de estudio con el objetivo de clasificar y delimitar distintos aspectos como: esquizofrenia, cronicidad, calidad de vida, rehabilitación, atención comunitaria, etc. También se ha revisado distintas guías de recursos existentes y las memorias disponibles de distintas asociaciones que trabajan en la atención comunitaria a personas con esquizofrenia, con la intención de conocer sus políticas y programas y el número de personas que de ellos se benefician.

Por último se ha revisado exhaustivamente el marco legal en lo que a la salud y la esquizofrenia concierne, el conocimiento y disfrute que poseen de sus derechos de ciudadanía.

6.6.5. DELIMITACIÓN DEL CAMPO DE ESTUDIO

El estudio trata principalmente sobre las personas con esquizofrenia, familiares y cuidadores, excepto toxicomanías (entendidas como trastorno por dependencia a drogas ilegales), se excluyó las entrevistas a la población infantil por la necesidad del supuesto diseño necesario de métodos y cuestionamiento distintos a la población adulta; lo mismo es aplicable a la respuesta familiar y comunitaria necesaria o debieran recibir, por lo tanto se cuenta con las opiniones de familiares y profesionales dedicados a su atención.⁹⁶

6.6.6. MATERIAL DE APOYO

Se ha utilizado la ayuda de recursos, como: póster, folletos, láminas, rotafolio y cuestionamientos para clarificar y fijar ideas.

Proyecciones: Este auxiliar solo se puede utilizar cuando se dispone de corriente eléctrica, permitiendo la proyección de diapositivas, proyector de acetatos, proyector multimedia, computadora, videograbadora, cámara fotográfica (adecuarse, prescindiendo o mejorando de acuerdo a las características de la población e Institución).

Posters: Es un medio indirecto que atrae la atención de un modo intenso y rápido sobre un tema para su información. Se debe instalar en lugares visibles y estratégicos de la Institución. Debe tener un color junto con dibujos (no necesario) llamativos y bien combinados con el propósito de despertar el interés por el tema, además de poseer un texto o leyenda breve de tal forma que cualquier persona lo entienda al pasar.⁹⁴

Trípticos: Son publicaciones sencillas parte del método indirecto, dirigidos al público en general acerca del tema en especial. Su contenido es adaptado de acuerdo a las necesidades y nivel de instrucción de la población, permitiendo ampliar o reforzar la información transmitida durante y después de una sesión educativa de los métodos directos o indirectos. Su diseño y contenido deberá cumplir algunos requisitos para ser de ellos más eficaces y óptimos en su empleo, estos son: Contener una introducción y desarrollo del tema breve. Ambos temas deberán ser extensivos pese a la brevedad de información transmitida, suficiente para cubrir el tema, con una redacción, dibujos y colores que pueda entender el educando.

Cuestionamientos: Este método propone contenidos encaminados a que la persona analice y reflexione los aspectos mínimos que deberá observar para mantener una salud física y mental a partir de esta etapa de su vida, estudiando o no de acuerdo a los resultados derivados de la prueba de conducta.

6.6.7. SELECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

La Clínica No. 68 del IMSS ofrece servicio de consulta general a un gran número de pacientes que viven en áreas sub-urbanas de la comunidad de Ecatepec, Edo. de México respectivamente.

6.6.8. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO ANTE LAS AUTORIDADES.

Una vez terminado el proyecto fue entregado a las autoridades de ambas Instituciones esperando su aprobación.

6.6.9. APROBACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL LUGAR PARA IMPARTIR LA SESIÓN EDUCATIVA.

Las autoridades de la institución dieron su aprobación del proyecto permitiendo el acceso a sus instalaciones, asignando la sala de espera, para que los pacientes, familiares y visitantes recibieran la educación del tema. Cuadro 10.

6.6.10. REVISIÓN Y TIEMPO DE LOS MÓDULOS TEMÁTICOS.

Los recursos tecnológicos y el material didáctico podrán ser sustituidos de acuerdo a los recursos de la comunidad. Los tiempos, serán adecuados de la misma manera, considerando las políticas de la Institución educativa. Ver cuadro 14.



Figura 10. Aprobación y asignación del lugar para impartir la sesión educativa.

TEMA	ACTIVIDAD	TÉCNICA Y MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Presentación	Descripción de las actividades a realizar		3 minutos
Esquizofrenia	¿Qué es la esquizofrenia?	Diálogo	15 minutos
	Etiología	Trípticos informativos	
	Evolución		
	Síntomas		
	Clasificación		
	Tratamiento	Láminas	
	Reacciones adversas		
	¿Cómo afrontar las reacciones adversas?		
	¿Cómo ayudar?	Posters	
	Apoyo para el familiar		
Cuestionamientos	Preguntas y comentarios	Cuestionarios	5 minutos

Cuadro 14. Revisión y tiempo de los módulos temáticos.

6.6.11. RECURSOS HUMANOS

1 Pasante de la carrera Químico Farmacéutico Biólogo, 2 Maestras de Farmacología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de México.

6.6.12. RECURSOS MATERIALES

Rotafolio, láminas, posters, trípticos informativos, cuestionarios, sillas, cámara fotográfica y lápiz.

6.6.13. EVALUACIÓN

- Se evaluará permanentemente el contenido de la información.
- Se evaluará el impacto de la información a través de la aplicación de un cuestionario de conocimientos en la primera sesión educativa.
- Se evaluará el contenido de información de los familiares y pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

La propuesta está enfocada a que el Químico Farmacéutico Biólogo elabore un diagnóstico de las personas que asisten al servicio de consulta externa de la Clínica 68, para conocer las características de la población a la que está dirigido el grupo. Tendrá que realizar la promoción del grupo educativo, alternamente, se mostrará el material que servirá de apoyo para una mejor comprensión del tema. Se encargará de coordinar la sesión programada, la cual se realizará con una duración de 20-35 minutos. Por último se sistematizará la información obtenida del grupo educativo y se comparará con la información obtenida de los familiares y pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

6.6.14. SESIÓN EDUCATIVA

Se realizó una sesión educativa con el nombre ¿Usted sabe qué es la esquizofrenia? dentro del Hospital de la Clínica 68 del IMSS, como se muestra a continuación en la figura 11.

6.6.15. SALA DE ESPERA

La Clínica 68 del IMSS cuenta con 4 salas grandes y 6 pasillos no muy amplios de espera para la atención médica general, dichos lugares de espera están estructurados con asientos de un material no muy cómodo para los pacientes y familiares de los pacientes y con iluminación excelente para la presentación



Figura 11 Sala de espera del Hospital de la Clínica 68 del IMSS



Figura 11. Presentación de la sesión educativa por parte del profesional ante la comunidad.

6.6.16. LÁMINAS

Las láminas fueron elaboradas con anticipación a las sesiones programadas y desempeñan los siguientes objetivos: Figura 12.⁹⁷

- Son cartoncillos de color blanco (62X102cm)
- La dimensión de letra es lo suficientemente amplia para que puedan ser distinguidas a una distancia considerable.
- Los textos de las láminas son breves, no sobrepasan la cantidad de letras.
- El mensaje es claro y preciso, utilizando una expresión adaptada para que los asistentes lo capten.
- Se incorporaron en las láminas imágenes que vayan de acuerdo al texto con el fin de visualizarlas, si en un momento dado los asistentes, no alcanzan a observar las oraciones de lo que se está exponiendo.

Las láminas elaboradas y empleadas durante la sesión educativa contenían:

- Lamina 1. Presentación de la exposición, ¿Sabes qué es esquizofrenia?, breve introducción del tema (función del cerebro, definición de la enfermedad, órgano afectado, alteraciones del cerebro y prevalencia)
- Lamina 2. Etiología (causas desconocidas, factores que se asocian a la enfermedad como herencia, trauma obstétrico, desnutrición, infección viral y estructura cerebral disminuida), Mitos que se asocian a la enfermedad (Consumo de drogas, brujería y padres culpables) y Evolución (la enfermedad se presenta tanto en hombres como mujeres, aunque en las mujeres aparece a una edad un poco mayor que en los hombres y en general, son casos menos graves, casi siempre se inicia en la juventud, aunque en menores casos también pueden ser afectados los niños y ancianos; por último su inicio variable, que puede ser sutil o repentino y que desafortunadamente es una enfermedad para toda la vida)
- Lámina 3. Síntomas de la enfermedad (Positivos y negativos) donde solo un especialista los diagnostica, así como su clasificación (paranoide, desorganizada, catatónica e indiferenciada)
- Lámina 4. Tratamiento farmacológico (uso de los antipsicóticos, para corregir los síntomas y por consecuencia haber menor recaídas, menor ingreso a hospitales y una mejor calidad de vida); por otro lado el Tratamiento no farmacológico donde se incluyen las terapias

psicológicas (psicoterapia, grupos de autoayuda, musicoterapia y educación familiar entre otros) y la TEC para casos especiales, todo esto como soporte al tratamiento farmacológico.

- Lámina 5. Reacciones adversas que pueden originar los antipsicóticos, estrategias para afrontar estas reacciones adversas, así como medicación complementaria para disminuir los síntomas de las reacciones adversas.
- Lámina 6. ¿Cómo ayudar? Si tiene a un familiar o amigo, hay que conocer el padecimiento lo mejor posible, acudiendo a un médico y preguntar sobre lo que puede originar la enfermedad, la medicación, efectos adversos, riesgos a largo plazo y hospitalización; así como si hace preguntas extrañas o falsas, que son una de los síntomas frecuentes del padecimiento, entender lo que le ocurre al paciente, manejar los síntomas, no discutir, no burlarse, no criticarlos, ni desesperarse.
- Lámina 7. La falta de admisión del medicamento produce recaídas muy frecuentes, por eso es recomendable animar e informar al paciente la importancia de seguir el tratamiento, tratar de que no consuma alcohol y drogas, reconocer los signos de recaída y acudir a un especialista.
- Lámina 8. Otro síntoma característico de la enfermedad es la agresividad, en sí la persona no es forzosamente violenta ni daña a otros, más bien podría llegar a causarse daño a sí misma, por eso hay que evitar situaciones de estrés, demasiadas visitas, actividades fuertes, preguntas incómodas etc., hay que mantener la calma en casos extremos, evitar llorar, mostrar firmeza y al mismo tiempo sensibilidad hacia el paciente y expresarle deseo de ayudarlo mostrando confianza, preguntándole porqué se siente molesto(a); por seguridad, no tener objetos que puedan ser utilizados de forma violenta.
- Lámina 9. Apoyo para el familiar. Es importante poner especial atención a nuestro propio bienestar físico y emocional, ya que si se está bajo un estrés o con agotamiento, no estaremos en condiciones de cuidar. Hay que ser realista, si uno siente que la situación nos rebasa o que no podemos con ciertas actividades, hay que aprender a decir “NO” y es válido cuando se ha tomado una carga de responsabilidad mayor de la que se puede manejar. No hay que ser perfeccionista pensando que se puede con todo, hay que hacer una cosa a la vez, empezando con las más urgentes, siguiendo con la segunda hasta y luego seguir con las demás, si no se corre el riesgo de paralizarse y acabar por hacer menos de lo necesario. Es recomendable realizar ejercicios físico a la semana para mantener una salud física y mental. En ocasiones es necesario compartir los sentimientos que provoca

esta situación que nadie desea y a nadie le gusta tener que enfrentar, la carga emocional será más llevadera y menos difíciles si se vive en la compañía afectuosa de ese alguien. A veces nos hacemos ideas que nos hacen esperar demasiado de algo o de alguien, si esperamos mucho de ese algo o de alguien será más fácil decepcionarnos; en cambio si uno es más realista o esperamos poco, se sentirá más afortunado de recibir aquello que de otra manera nos pareciera insignificante. Por último el gran apoyo con un profesional, que puede ser tu médico o un consejero espiritual, puede llegar a ser de gran ayuda utilidad en momentos difíciles.

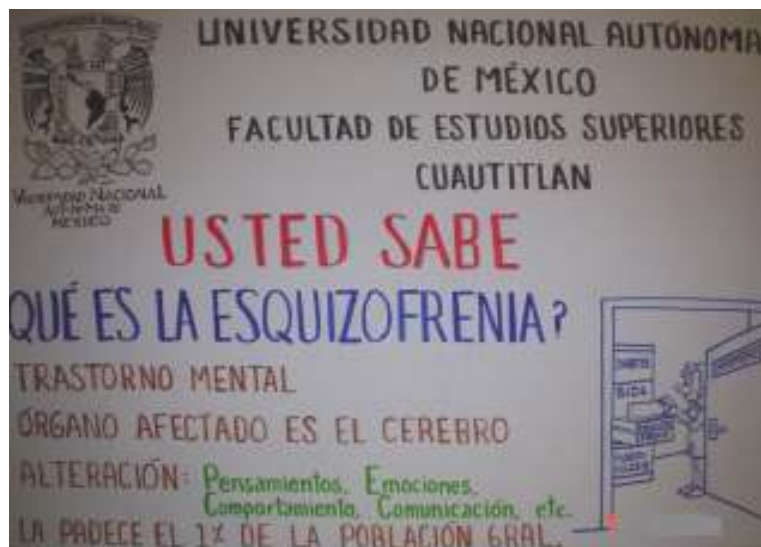


Lámina 1



Lámina 2

Figura 12. Láminas empleadas durante la sesión educativa

SÍNTOMAS

POSITIVOS

- Alucinaciones
- Delirios
- Conducta extravagante
- Desorden del pensamiento.

NEGATIVOS

- Apatia
- Aislamiento social
- Déficit de atención
- Limitación del lenguaje

CLASIFICACIÓN

- PARANOIDE (Voces, Personas, Ideas)
- DESORGANIZADA (Experiencias, Persecución)
- CATATÓNICA (Aseo descuidado, Hablo)
- INDIFERENCIADA (No cumplen los criterios)






Lámina 3

TRATAMIENTO

1. FARMACOLÓGICO

- > Años 50's
- > Antipsicóticos
 - Típicos
 - Atípicos
- > Tabletas e Inyectables
- > Corrigen Síntomas
- > Mejoran calidad de vida
- > Menor ingreso a Hospitales
- > Menor recaídas

2. NO FARMACOLÓGICO

Terapias Psicológicas

- Psicoterapia individual
- Grupos de autoayuda
- Musicoterapia
- Educación familiar, etc.

- Explican los cambios sufridos
- Reconocen los síntomas
- Saber que tendrá el paciente, problemas

Electroconvulsiones

- No aceptan medicación
- Mujeres embarazadas




Lámina 4

REACCIONES ADV.

Son transitorias
Necesario tenerlas!
Cada persona tendrá Rx. diferentes

- Paralintomias: temblores mano-piernas, frías
- Acalasia: Inquietud, No puedes andar
- Distonia: Calambres, Espasmos en ojo, lengua, boca, mandíbula, cuello
- Somnolencia, Sedación, Cansancio, Puntos de la cabeza
- Bloques colinérgicos: Boca seca y estreñimiento
- Bloques adrenérgicos: Problema cardiovascular

¿CÓMO ABORDAR LAS REACCIONES ADVERSAS?

- Esperar un tiempo
- Mayoría espere sin los 1^{er} días
- Después desaparecerán
- Contacto con médico

Disminución de dosis

Medicación Complementaria

antidepresivos

antipsicóticos

antipsicóticos




Lámina 5

Figura 12. Láminas empleadas durante la sesión educativa.

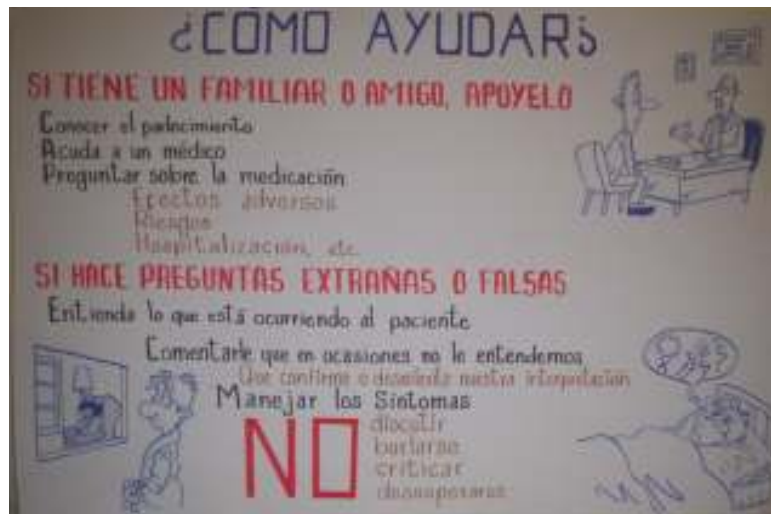


Lámina 6



Lámina 7

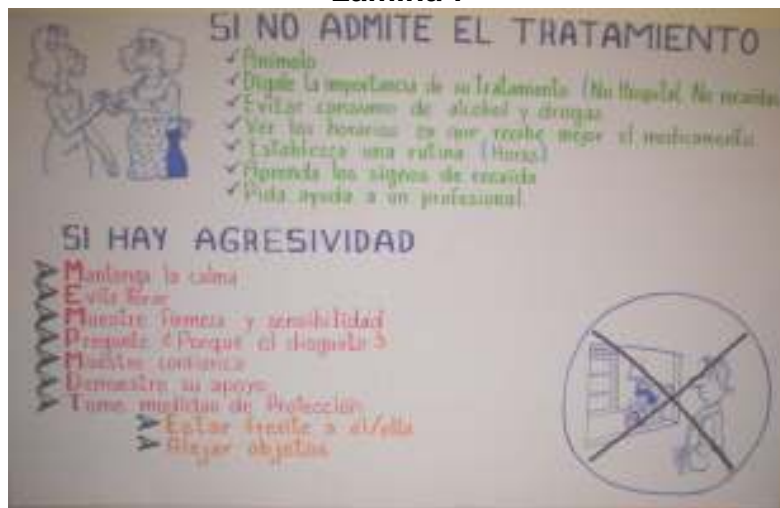


Lámina 8

Figura 12. Láminas empleadas durante la sesión educativa.

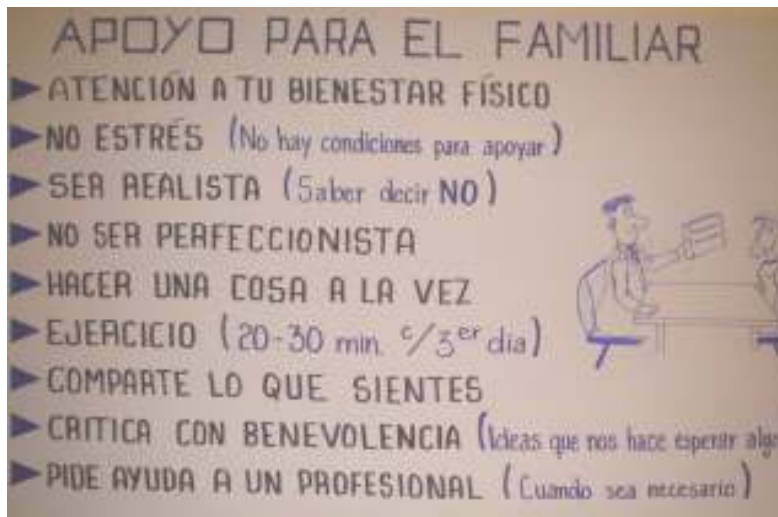


Lámina 9

Figura 12. Lámina empleada durante la sesión educativa.

6.6.17. POSTER.

Es un material gráfico que transmite un mensaje, está integrado en una unidad estética formada por imágenes y textos breves de gran impacto, ha sido elaborado con el propósito de orientar a personas interesadas en el tema. El lenguaje empleado es sencillo, sin recurrir a conceptos técnicos, su contenido está integrado con fines didácticos, de tal manera que sea utilizado para promociones comunitarias; su elaboración consta de papel tipo Bond su tamaño es de 90x75 cm, con formato horizontal, y texto resumido del tema que transmite significados emotivos con fondos contrastantes y colores agresivos que perciban una manera agresiva.^{91,93,94} Consta de tres partes de recomendación con sus respectivas imágenes, incluyendo entrada y salida del texto, así como el lugar donde se diseño y elaboró.⁹⁸ Figura 13.

Título: Entrada del texto ¿Qué debo hacer si tengo un familiar o conozco a alguien con esquizofrenia? Su función es reforzar lo dicho en la parte intermedia.

Parte 1:

Tener la información más amplia: Evolución ¿Cuándo y cómo empieza la enfermedad?, Diagnóstico ¿Cómo sé que es esquizofrenia?, manifestaciones que presenta ¿Cómo la reconozco?, con una imagen que representa a un profesionista proporcionando explicaciones acerca del tema.

Parte 2:

En base al tratamiento: medicinas que debe tomar, saber los efectos adversos que produce la medicación, otros tratamientos no farmacológicos

como alternativas con una imagen de una persona alegre al tomar su medicamento.

Parte 3:

En base al apoyo: Ayuda que uno puede ofrecer, pedir ayuda a un profesional cuando sea necesario, conocer las instituciones de apoyo con una ilustración de una sesión psicoeducativa en un centro de apoyo.

Parte 4:

Salida del texto: El seguir estos puntos de importancia en forma adecuada, puede colaborar a tener una vida normal, activa y saludable; con un dibujo indicando la felicidad de una familia de un paciente con esquizofrenia.

Por último se indica el lugar donde fue diseñado y elaborado el poster. Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán. UNAM, Elaborado por: p. Q.F.B. Enrique Sánchez Martínez.

¿Qué debo hacer si tengo un familiar o conozco a alguien con Esquizofrenia?



- 1. Tener la información más amplia:**
 - ✓ Evolución ¿Cuándo y cómo empieza la enfermedad?
 - ✓ Diagnóstico ¿Cómo sé que es esquizofrenia?
 - ✓ Manifestaciones que presenta ¿Cómo la reconocer?



- 2.- En base al tratamiento:**
 - ✓ Medicinas que debe tomar
 - ✓ Saber los efectos adversos (no deseados) que produce la medicación
 - ✓ Otros tratamientos no farmacológicos como alternativas



- 3.- En base al apoyo:**
 - ✓ Ayuda que uno puede ofrecer
 - ✓ Pedir ayuda a un profesional cuando sea necesario
 - ✓ Conocer las Instituciones de apoyo

El seguir estos puntos de importancia en forma adecuada, puede colaborar a tener una vida normal, activa y saludable.



© 2008 por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción de este material con fines educativos y de información.

Figura 13. Poster

6.6.18. TRÍPTICOS

Como se observa en la página 104 y 105, la elaboración del tríptico pretende establecer un apoyo informativo para las personas que consideran contar con los conocimientos acerca de la enfermedad, esperando que le sea de utilidad. El contenido del diseño, redacción, tipo de letra, color, e ilustraciones fueron minuciosamente desarrolladas para que la población en general adaptara la información proporcionada durante la sesión educativa, dicha información se conformaba de la siguiente manera:^{97,99,100}

Sección A:

1. Tema: Educación Sanitaria. Título de la sesión educativa: Educación sanitaria en el tratamiento terapéutico en pacientes con esquizofrenia, así como las personas que elaboraron la información y la Facultad donde procede.
2. ¿Qué es la esquizofrenia? menciona la definición y prevalencia de la enfermedad, ¿Qué es lo que origina este padecimiento? indicando los factores que se asocian a la enfermedad y por último ¿Cómo se clasifica la enfermedad?
3. ¿Cómo se diagnostica? señalando que únicamente debe ser realizado por un especialista, y que este puede considerar a dos grupos de síntomas: Positivos y Negativos.
4. Indica dos tipos de tratamiento: farmacológico y no farmacológico, así como los efectos adversos que originan los medicamentos antipsicóticos.

Sección B:

5. ¿Cómo ayudar? Señala el cargo, apoyo y ayuda que uno puede ofrecer como familiar o amigo, para que el paciente reciba el cuidado apropiado y desempeñe una calidad de vida favorable.
6. Imagen del emblema de la Universidad Nacional Autónoma de México, personas que participaron en la elaboración del tríptico, dirección y teléfono de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán donde se elaboró el proyecto.

¿CÓMO AYUDAR?

Usted puede desempeñar un papel importante, apoyando y ayudando a recibir el cuidado apropiado, para eso es importante:

- Conocer el padecimiento lo mejor posible.
- Preguntar sobre la medicación, efectos adversos, riesgos a largo plazo y hospitalización.
- Animar al paciente a que siga el tratamiento.
- Conocer y respete el porqué de sus comportamientos.
- Reconozca los signos de recaídas.
- Tratar de que no consuma alcohol y drogas.
- Evitar situaciones de estrés, malas visitas, actividades fuertes, preguntas incómodas, etc.
- En caso de agresión, miedo, timidez y al mismo tiempo sensibilidad hacia él y exprésese si desea de ayudar, preguntándole por qué se siente molesto.
- Por seguridad, no tenga objetos que pueda ser utilizados de forma violenta.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Cecilia Hernández Barba #
M^o Eugenia Fossá Galarza #
Enrique Sánchez Martínez #6

Maestría en Farmacia Clínica
Pasante de Q.F.B.

Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán (ENAM)
Av. A de B. y/o 2/a. Cuautitlán, México
Estado de México
CP. 54730
Tel. 56-21-20-51

EDUCACIÓN SANITARIA

Educación sanitaria en la terapia del paciente esquizofrénico






Dirección de
 E. D. B. de los Servicios
 Educativos para la Atención de la
 D. de E. y D. de la Psicología Educativa
 Secretaría de Educación Pública
 P.O. Box 1000
 México, D.F.

Tríptico

¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?

Es una enfermedad mental donde el órgano afectado es el cerebro. La padece el 1% de la población mundial.




¿QUE ES LO QUE ORIGINA ESTE PADECIMIENTO?

Se desconoce aún la causa, pero se han encontrado factores asociados a la enfermedad como:

- Herencia
- Tratamiento obstétrico
- Incompletitud sanguínea
- Infección viral prenatal
- Desnutrición

¿CÓMO SE CLASIFICA?

- Paranoide
- Desorganizada
- Catatónica
- Indiferenciada



¿CÓMO SE DIAGNOSTICA

Lo realiza típicamente el especialista, tomando en consideración a los grupos de síntomas: positivos y negativos, esto es, lo que se dice que sean buenos o malos, sino que los positivos hacen referencia a las manifestaciones más expansivas, de excesos, en cambio los negativos se refieren a aquellas carencias o empobrecimiento, que el paciente manifiesta en determinadas fases de la enfermedad.

Síntomas positivos:

- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Conducta rara
- Alteración del pensamiento
- Agresividad

Síntomas negativos:

- Pérdida de motivación
- Apatía
- Depresión
- Disminución de movimientos
- Pobreza en el habla
- Higiene descuidada
- Falta de atención y distracción

TRATAMIENTO

Hay dos tipos de tratamientos:

1. Farmacológico.
2. No farmacológico.

Se llaman medicamentos Antipsicóticos, se consideran como la mejor opción, no curan la enfermedad pero la controlan disminuyendo los efectos de los síntomas mencionados.

Se llaman psicofármacos que sirven de apoyo con el tratamiento farmacológico para que el paciente esté informado de sus síntomas y no recaiga.

EFFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS

- Letargia
- Temblor
- Depresión
- Boca seca
- Salivación
- Visión borrosa
- Aumento de peso
- Movimientos raros repentinos

Sin embargo hay algunos otros medicamentos que pueden suprimir estos efectos adversos.

Tríptico

105

Enrique Sánchez Martínez

6.6.19. ENCUESTA

El cuestionario es un instrumento utilizado para la recogida de información, diseñado para poder cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la entrevista. Su finalidad es conseguir la comparabilidad de la información. Antes de proceder a medir algo debemos tener una idea muy clara de lo que queremos decir; cuando se inicia la construcción de un cuestionario se debe tener en cuenta la población a la que va dirigido.⁹⁷

La encuesta estuvo constituida por una serie de preguntas cerradas (Dicotónicas) de selección múltiple, la cual fue aplicada a tres diferentes poblaciones (comunidad, paciente con esquizofrenia y familiares y amigos del paciente) donde se trató de elegir de entre una o dos respuestas, solo la que es correcta por lo que se requirió de una redacción muy cuidadosa debido a que si los enunciados no están bien elaborados, dan lugar a confusiones o que se contesten de manera errónea.^{97,101} Ver anexo 1.

Encuesta relacionada con la comunidad

La encuesta dirigida a personas que asisten al servicio de consulta externa de la Clínica 68 estuvo constituida de 15 preguntas, distribuidas en 3 bloques:

Bloque 1: Datos sociodemográficos de la persona que está contestando, las cuales son únicamente para fines estadísticos.

Bloque 2: Valoración de la información recibida por el educador, desde su punto de vista.

Bloque 3: Aprendizaje, consta de un pequeño examen acerca del tema expuesto.

Comentarios y por último agradecimiento al asistente por su participación en la encuesta.

Encuesta relacionada con los familiares

La encuesta dirigida a familiares y amigos que conocen al paciente estuvo constituida de 15 preguntas, distribuidas en 2 bloques:

Bloque 1: Datos sociodemográficos de quien contesta el cuestionario, las cuales son únicamente para fines estadísticos.

Bloque 2: Serie de preguntas relacionadas con el tratamiento del paciente.

Agradecimiento hacia el familiar o amigo por su participación en la encuesta.

Encuesta relacionada con los pacientes

Esta última encuesta dirigida a los pacientes estuvo conformada por 13 preguntas, distribuidas en 2 bloques:

Bloque 1: Datos sociodemográficos de quien contesta el cuestionario, las cuales son únicamente para fines estadísticos.

Bloque 2: Serie de preguntas relacionadas con el tratamiento del paciente.

Agradecimiento hacia el paciente por su participación en la encuesta.

7. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se muestran son en base al análisis de 28 encuestas realizadas a la comunidad durante la experiencia educativa impartida en el Hospital Clínica No. 68 del IMSS, 15 encuestas a los familiares y amigos del paciente y 6 encuestas a pacientes de acuerdo a los cuestionarios del anexo 1.

Nota* Para interpretar los resultados es necesario observar la sección de abreviaturas.

RESULTADOS

TABLA 1. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA COMUNIDAD

INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA COMUNIDAD																	
Preguntas ▶	Bloque 1								Bloque 2				Bloque 3				Comentarios
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Asistentes ▼																	
1	27	F	Prep.	Sí	No	Sí	No	Sí	Malas	A	A	A	A	No	A	X	
2	76	F	Sec.	Sí	No	Sí	No	Sí	No sé	A	A	B	A	No	A		
3	21	F	Prep.	Sí	No	Sí	No	Sí	No sé	A	A	A	A	No	A	X	
4	55	M	Lic.	Sí	No	Sí	No	Sí	Buenas	A	A	A	B	No	A	X	
5	28	F	Lic.	Sí	No	Sí	No	Sí	Regulares	A	A	A	D	No	A		
6	NC	M	Primar.	No	No	No	No	Sí	Regulares	NC	NC	NC	NC	NC	NC		
7	41	M	Sec.	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Regulares	A	A	A	A	No sé	A	X	
8	46	F	Prep.	Sí	No	Sí	No	Sí	Regulares	A	A	A	B	Sí	B	X	
9	36	F	Prep.	Sí	No	Sí	No	Sí	Malas	A	A	A	A	No	A	X	
10	50	F	Sec.	Sí	No	No	Sí	Sí	Malas	A	A	A	A	No	A	X	
11	63	F	Sec.	No	Sí	Sí	No	Sí	Malas	A	A	A	A	No	A	X	
12	46	F	Sec.	No	No	Sí	No	Sí	Malas	A	A	A	A	No	A	X	
13	28	F	Prep.	No	No	Sí	No	Sí	No sé	A	A	A	B	No	A	X	
14	49	F	Sec.	Sí	No	No	No	Sí	No sé	A	A	A	D	No	A		
15	20	F	Sec.	Sí	No	Sí	No	Sí	No sé	A	A	A	A	No	A	X	
16	83	M	Primar.	Sí	Sí	No	No	Sí	No sé	A	A	A	D	No	No sé	X	
17	NC	F	Prep.	No	No	Sí	No	Sí	No sé	A	A	A	A	No	A	X	
18	43	F	Primar.	Sí	No	Sí	No	Sí	No sé	A	A	A	NC	No	NC		
19	79	F	Primar.	No	NC	No	NC	Sí	No sé	NC	A	A	NC	No sé	No sé		
20	20	M	Prep.	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Regulares	A	A	A	B	No	A	X	
21	15	F	Sec.	No	No	Sí	No	Sí	Regulares	A	A	A	A	No	A	X	
22	42	F	Ninguno	No	No	Sí	No	Sí	Regulares	A	A	A	A	NC	A	X	
23	17	F	Sec.	No	No	Sí	No	Sí	Regulares	A	A	A	A	NC	A	X	
24	51	F	Sec.	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Regulares	A	A	B	B	No	A		
25	18	F	Prep.	Sí	No	Sí	No	Sí	No sé	A	A	A	A	No	A	X	
26	55	F	Primar.	No	Sí	No	No	Sí	No sé	A	A	C	C	No sé	No sé	X	
27	67	F	Primar.	Sí	No	No	No	Sí	No sé	A	A	A	A	No	B	X	
28	35	F	Sec.	No	No	Sí	No	Sí	No sé	A	A	A	B	No	No sé		

Tabla representativa del cuestionario de los resultados obtenidos relacionados con la comunidad véase anexo 1.

TABLA 2. INFORMACIÓN RELACIONADA CON FAMILIARES Y AMIGOS

INFORMACIÓN RELACIONADA CON FAMILIARES Y AMIGOS																		
Preguntas ▶ Paciente ▼	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	36	F	Primar.	Hog.	Herm.	Neur.	B	A	A	B	B	C	B	A	A	A	A	A
2	20	F	Sec.	Hog.	Hijo	Esquiz.	B	A	B	B	B	C	B	A	A	B	A	B
3	50	F	Primar.	Hog.	Herm.	Esquiz.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	42	F	Primar.	Hog.	Otro	Esquiz.	A	C	C	B	B	C	B	A	A	B	A	A
5	42	F	Primar.	Hog.	Herm.	Neur.	A	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A	A
6	21	F	Sec.	Hog.	Sobr.	Esquiz.	A	D	B	B	B	C	B	A	A	B	A	A
7	21	M	Prep.	Est.	Otro	Esquiz.	B	C	B	B	B	C	A	B	A	A	A	A
8	22	F	Lic.	Est.	Tío	No sabe	A	C	B	A	A	B	A	A	A	A	A	A
9	48	M	Prep.	Obr.	Otro	Esquiz.	A	C	B	B	B	B	C	A	A	B	A	A
10	52	M	Sec.	Empl.	Otro	Esquiz.	A	A	C	A	A	C	B	B	A	B	A	A
11	28	F	Prep.	Hog.	Otro	Nervios	B	C	B	B	B	C	B	B	A	A	A	A
12	29	M	Lic.	Est.	Sobr.	Esquiz.	B	C	B	B	B	C	B	B	A	A	A	A
13	28	F	Sec.	Hog.	Tío	Esquiz.	A	C	B	B	B	C	B	A	A	B	A	A
14	37	F	Maest.	Empl.	Prim.	Esquiz.	A	A	B	A	A	B	A	B	A	A	A	A
15	62	F	Sec.	Hog.	Tío	Esquiz.	B	B	B	B	B	C	B	B	A	B	A	A

Tabla representativa del cuestionario de los resultados obtenidos relacionados con familiares y amigos véase anexo 1.

TABLA 3. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL CUESTIONARIO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PACIENTE													
Preguntas ▶ Paciente ▼	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	32	F	Sec.	Hog.	Sí	No	Regul.	Sí	Sí	No	Sí	Padres	Sí
2	60	F	Primar.	Hog.	Sí	No	Regul.	Sí	No	Sí	Sí	Hijos	Sí
3	38	F	Primar.	Hog.	Sí	No	Buen.	Sí	Sí	No	Sí	Ninguno	Sí
4	45	F	Prep.	Hog.	Sí	Sí	Buen.	Sí	Sí	Sí	No	Padres, Her, Otros	Sí
5	42	F	Sec.	Hog.	Sí	Sí	Buen.	Sí	Sí	Sí	Sí	Padres, Her,	Sí
6	47	F	Sec.	Hog.	Sí	Sí	Buen.	Sí	Sí	Sí	Sí	Padres, Her,	Sí

Tabla representativa del cuestionario de los resultados obtenidos relacionados con el paciente véase anexo 1.

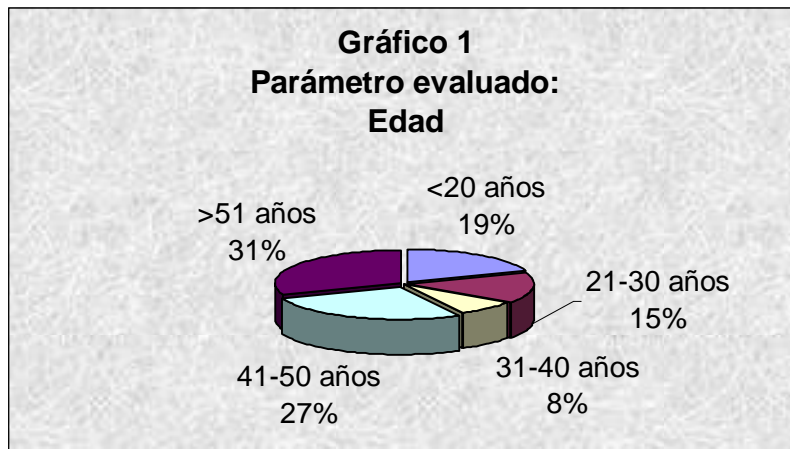
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA COMUNIDAD

BLOQUE 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

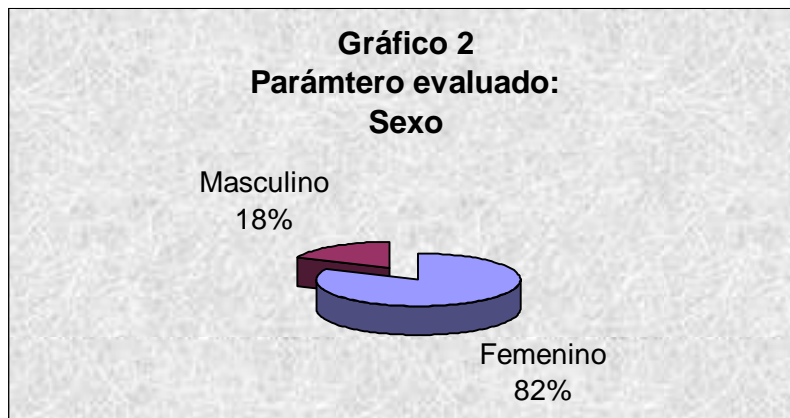
1.- Edad

La edad se considera como un parámetro fundamental. De acuerdo al gráfico 1 las sesiones fueron dirigidas a una población heterogénea (asistentes de diferentes edades), lo cual pudo complicar la observación de la información brindada durante la sesión. Las edades que más predominaron fueron de 41 – 50 años y mayores de 51 años entre ellos 3 son de sexo masculino y 12 de sexo femenino, quizá por sufrir más enfermedades en esa fase.



2.- Sexo

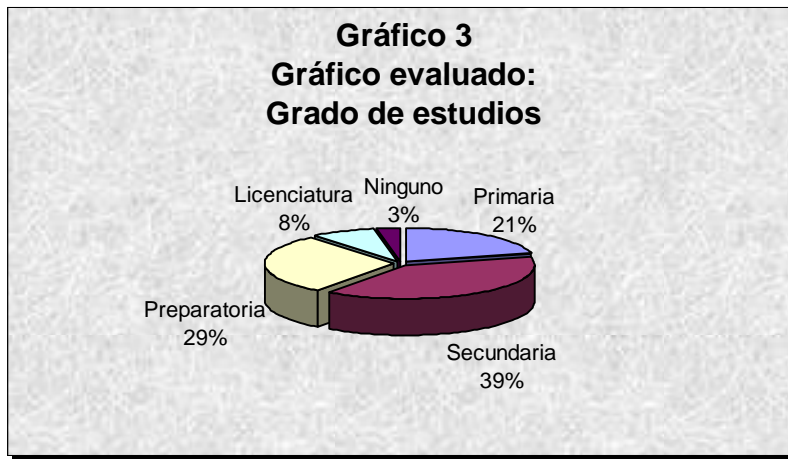
La mayor presencia de los pacientes y familiares fue del sexo femenino (82%) y en un porcentaje menor la del sexo masculino (18%). La superioridad del sexo femenino, se debe posiblemente, a que los hombres efectúan diferentes actividades como el trabajo lo cual pueden retrasar o evitar sus consultas médicas.



3.- Grado de estudios

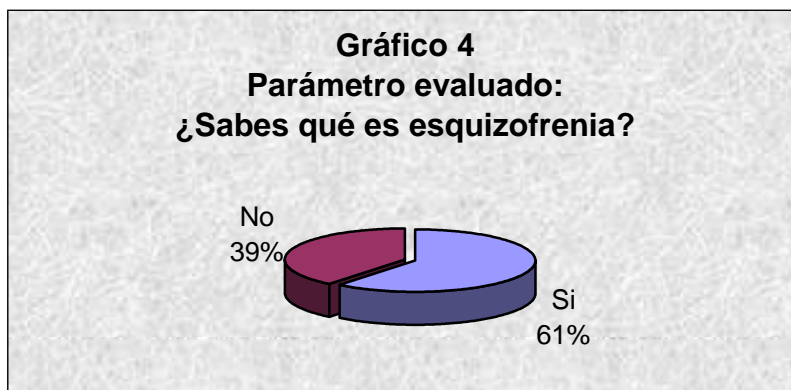
El nivel de estudios es de suma importancia para llevar a cabo una sesión educativa, esta última fue diseñada a una población heterogénea, por lo que el contenido fue adaptado a sus necesidades y niveles de instrucción, para que la información pueda ser entendible por los asistentes.

El gráfico 3 muestra que la mayoría de los asistentes cuenta con primaria (21%), secundaria (39%), preparatoria (29%), licenciatura (8%) y ningún grado de estudios (3%)



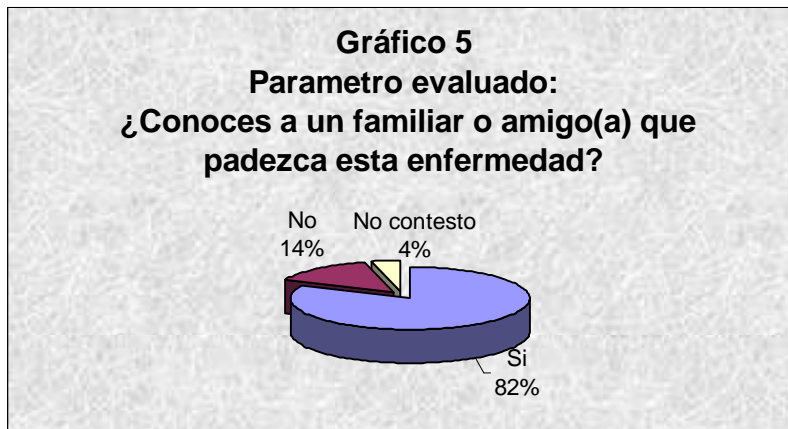
4.- ¿ Sabes qué es esquizofrenia?

Actualmente la información acerca del padecimiento es pobre, aunque la mayoría de los asistentes que prestaron atención a la sesión, sabían el significado esquizofrenia (61%), mientras los que ignoraban el término (39%) fue a causa de pequeñas distracciones que se originaban en la sala de espera, el porcentaje no deja de ser representativo comparado con el porcentaje de los asistentes que sí conocían el término.



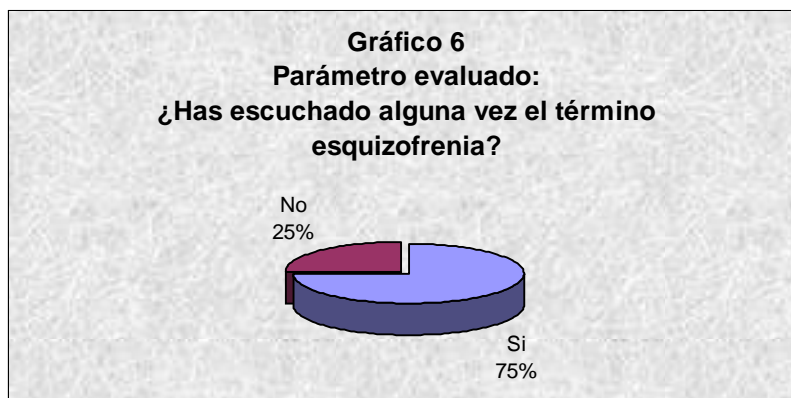
5.- ¿ Conoces a un familiar o amigo(a) que padezca la enfermedad?

La mayor parte de la población (82.14%) no conocía a algún familiar o amigo que tuviera esquizofrenia, sin embargo esto no fue motivo para que menospreciaran la información otorgada. En un porcentaje menor (14.28%) respondió conocer alguien con la enfermedad, sin especificar quien, lo que les motivó a realizar más preguntas y comentarios acerca del tema expuesto. Mientras que algunos omitieron por responder esta pregunta (4%).



6.- ¿Has escuchado antes el término esquizofrenia?

Una tercera parte de la población (75%) había escuchado antes el término esquizofrenia mediante algún método indirecto (TV, Radio, Cine, etc.) mientras que la otra cuarta parte (25%) contesto negativamente, posiblemente a la diferencia de edades (>50 años) que les interesa más la información acerca de su bienestar físico.



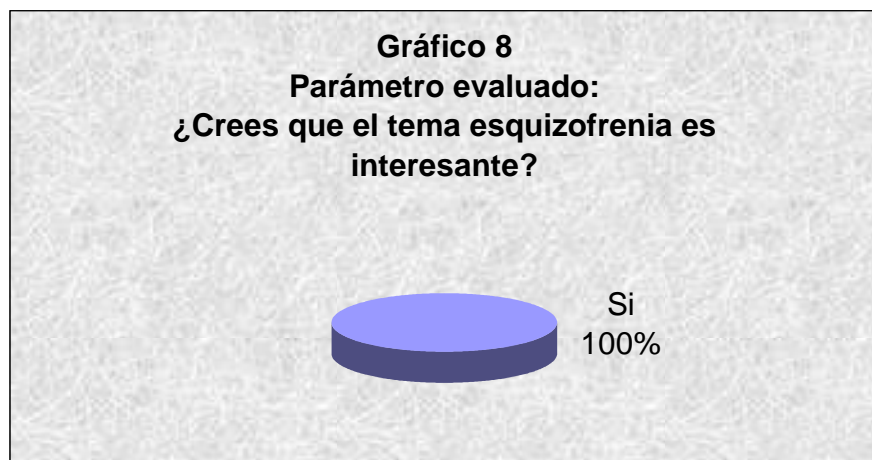
7.- ¿Crees estar bien informado acerca del padecimiento?

La mayor parte de la población considera no estar bien informado (85%) ya que es un tema donde la información es poca a la población en general. En lo que respecta al menor porcentaje (11%) contestó si estar bien informado, esto se puede comparar con las preguntas 4 y 6 del cuestionamiento (preguntas con relación a la comunidad) como se observa en la tabla de resultados. Por último, no contestaron el (3.57%) quizás porque se haya saltado la pregunta o bien no la hayan entendido.



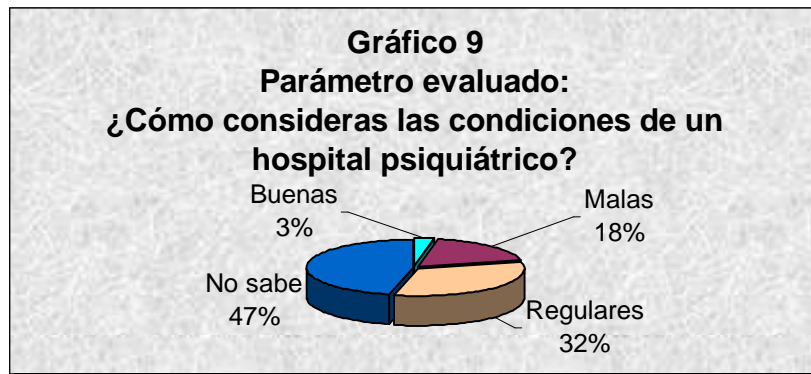
8.- ¿Crees que el tema esquizofrenia es interesante?

El 100% de los asistentes consideró interesante el tema y comentan que deben realizarse más este tipo de sesiones, esto es debido a que hay muy poca promoción de la información en este tipo de hospitales.



9.- ¿Cómo te imaginas las condiciones de un hospital psiquiátrico?

Con el paso del tiempo desgraciadamente las palabras “Hospital psiquiátrico” han sido definidas como lugar solo para personas relacionadas con “locura” donde se les da mal trato o han sido abandonadas. Esto se puede corroborar observando que la mayor parte de la población no se imagina las condiciones de un hospital psiquiátrico (46%), otras opinan que son regulares (32%) y por último algunas mencionaron ser malas (18%); esto puede ser por dos motivos: 1.- casi un poco más de la mitad menciona saber un poco del término esquizofrenia, causas y factores que originan la enfermedad (preguntas 4, 6, 12-15), sin embargo jamás han escuchado como son tratadas estos pacientes y las condiciones donde se encuentran, o bien si lo saben es debido a la mala información proporcionada por la TV, Cine o revistas, lo que hace que sean estigmatizadas. 2.- La otra parte considera no haber ni siquiera escuchado antes el tema esquizofrenia (preguntas 4,6,12-15). Sin embargo una pequeña parte opinó que las condiciones son buenas (3%).



BLOQUE 2. INFORMACIÓN DEL EDUCADOR

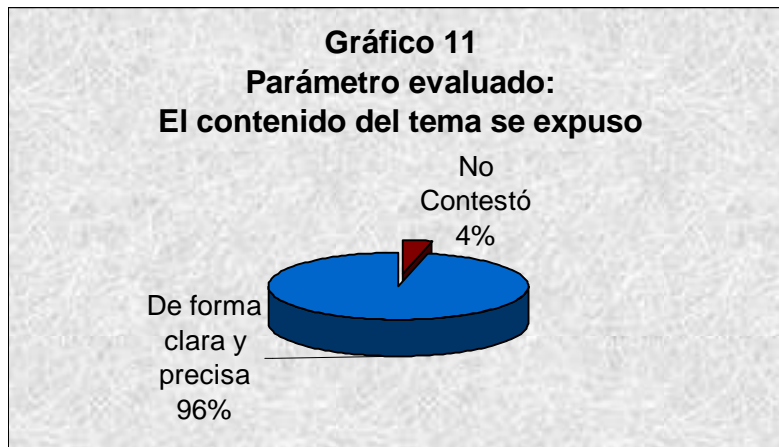
10.- El ponente mostró

El asistente evaluó al expositor, demostrando conocimiento suficiente del tema en un 93% mientras que 7% se abstuvo de contestar.



11.- El contenido del tema se expuso

El 96% de la población manifiesta que el contenido del tema fue claro y preciso mientras que el 4% no evaluó este inciso.



BLOQUE 3. APRENDIZAJE

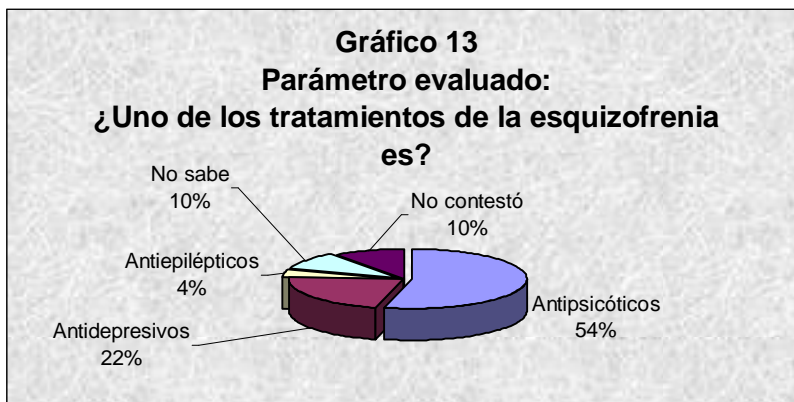
12.- ¿Esquizofrenia es?

El 86% de la población eligió la respuesta (enfermedad mental), indicando una vez más, la atención puesta, el 7% seleccionó la respuesta (enfermedad transmisible) mientras que el 4% indicó todavía no saber la definición y el 3% se abstuvo en contestar.



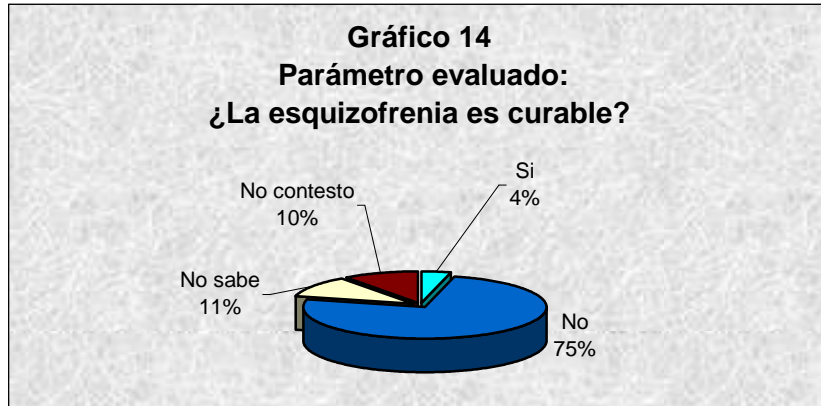
13.- ¿Uno de los tratamientos de la esquizofrenia es?

Realmente esta pregunta creo un poco de confusión, ya que en cierta manera los antipsicóticos son el tratamiento de primera elección para corregir los síntomas de esquizofrenia, mientras que los antidepresivos y antiepilépticos son considerados también como medicación complementaria en el tratamiento de las reacciones adversas, por lo tanto debería estar formulada de la siguiente forma: ¿El tratamiento adecuado para corregir los síntomas de esquizofrenia es?. Sin embargo el 54% de los concurrentes eligió la respuesta correcta (antipsicóticos), mientras que el 22% (antidepresivos) y el 4% (antiepilépticos) eligieron una respuesta "no del todo correcta" siendo un tratamiento adicional. Por otro lado el 10% no contestó la pregunta y el otro 10% definitivamente no supo la respuesta correcta.



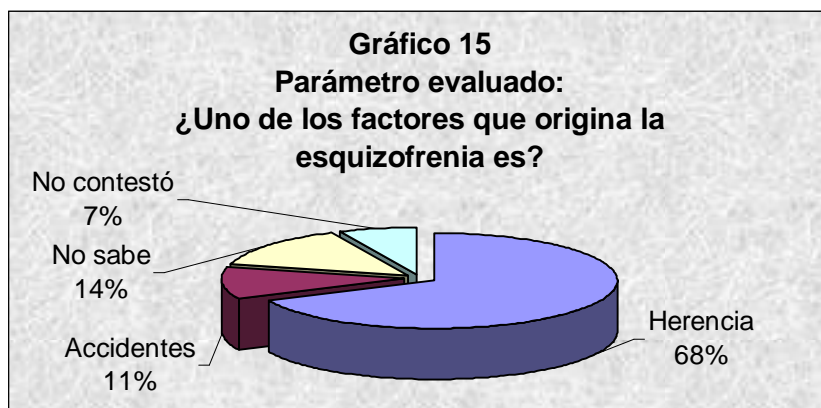
14.- ¿La esquizofrenia es curable?

El 75% de los asistentes eligió la respuesta (no ser curable), reiterando una vez más la atención de los asistentes; el 4% eligió la respuesta (si es curable), mientras que el 10% no contestó y el 11% no supo.



15.- ¿Uno de los factores que origina la esquizofrenia es?

En el último parámetro de este cuestionamiento el 68% de los asistentes seleccionaron la respuesta (herencia) correctamente mientras que el 11% seleccionó la respuesta (accidentes) posiblemente porque estaba desatento al tema, entre tanto el 14% no sabía y el 7% no contestó.

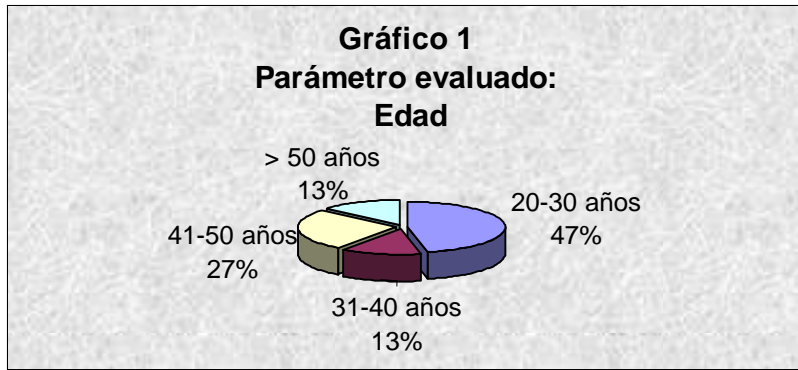


INFORMACIÓN RELACIONADA CON FAMILIARES Y AMIGOS

BLOQUE 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

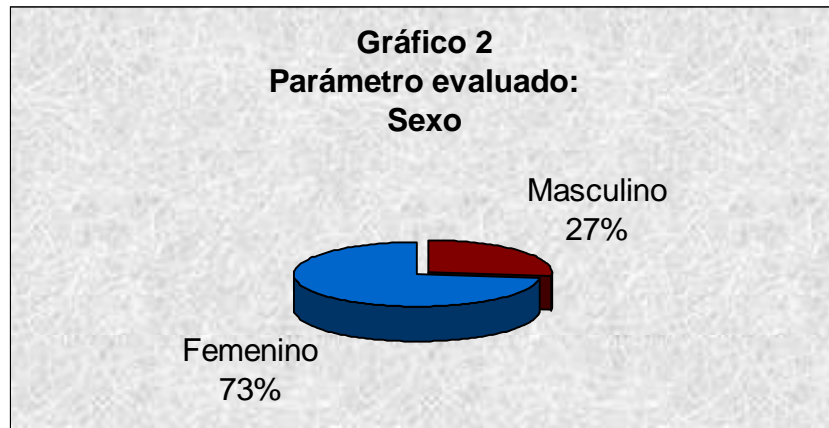
1.- Edad

La edad de estos familiares y amigos se distribuye en un rango de 21-62 años, agrupándose el mayor número de casos entre los 20-30 años (47%), seguido de los 41-50 años (27%), 31-40 años (13%) y mayores de los 50 años (13%) como se muestra en la tabla 2.



2.- Sexo

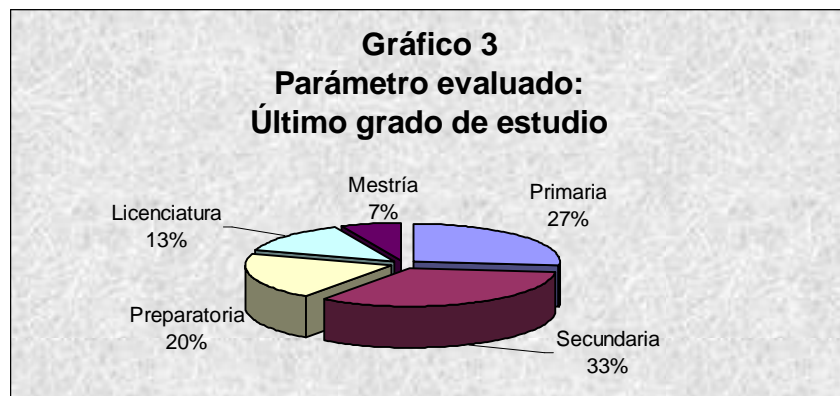
La clasificación del parámetro “sexo” es necesaria, ya que esta es una diferencia entre el grupo de familiares. De esta manera la población del estudio esta formada por once mujeres y cuatro hombres, siendo el total de la población 15 personas.



3.- Último grado de estudio

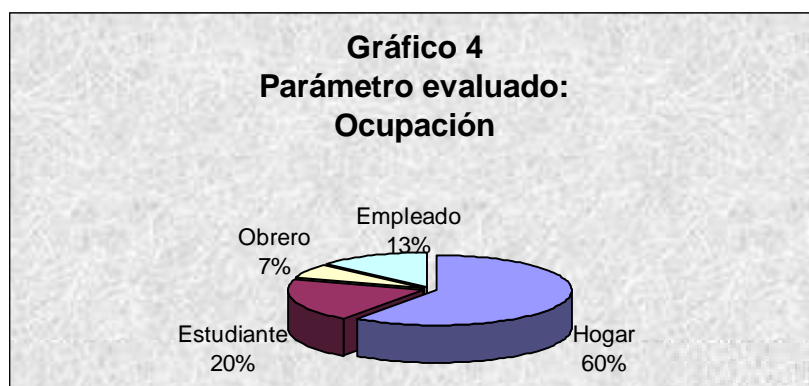
El nivel de estudios es un parámetro de la educación en general que nos permite deducir cuales pueden ser las condiciones socioeconómicas de la población, ya que se relaciona estrechamente con el tipo de ocupación que desempeña y con los recursos que pueden contar para hacer frente al problema que plantea el vivir con un paciente de esquizofrenia.

El grado de escolaridad es heterogéneo, así, encontramos desde primaria hasta maestría como se muestra en la gráfica 2. Los datos obtenidos nos muestra que los familiares y amigos hombres tienen un mayor nivel de estudios que las mujeres, indicando en gran parte el efecto de las condiciones socioculturales de nuestro país en décadas pasadas, en donde se consideraba que el hombre era el predominantemente el proveedor de la familia, por lo tanto era él quien debía prepararse para tener mejores condiciones de trabajo y de ingresos económicos, en tanto que la preparación de la mujer estaba más orientada hacia las labores domésticas. Así la población de mujeres se advierte que hay en cierta forma “analfabetismo” ya que destaca la mayor parte con primaria y secundaria, mientras que en los hombres el nivel mínimo de estudios es de secundaria; aunque diferencias no son casi notorias en el nivel máximo de estudio, pues entre ellas solo una tiene maestría y otra licenciatura, las demás cuentan con secundaria, mientras que los hombres el máximo se encuentran nivel terminal de licenciatura con un menor porcentaje y la mayoría en nivel medio superior.



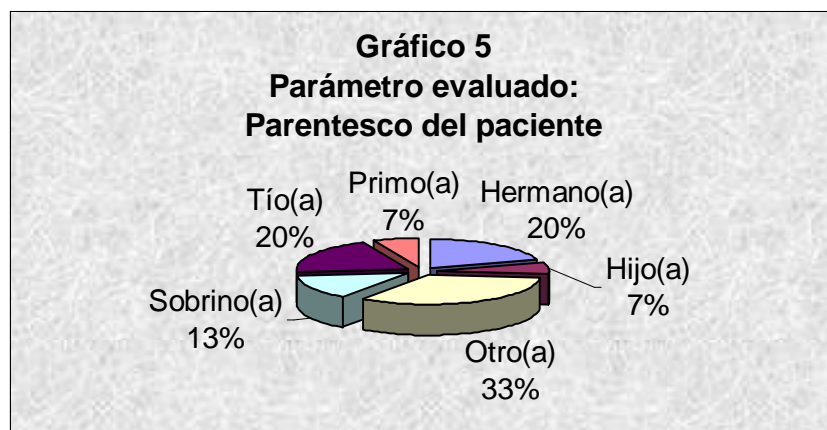
4.- Ocupación

El nivel de estudio guarda estrecha relación con el trabajo que desempeña la población, de tal manera que son las mujeres quienes en mayor parte permanecen en el hogar ya que es la ocupación reportada con mayor frecuencia (60%) y por lo tanto están más dedicadas más al cuidado del paciente. Entre tanto ninguno de los hombres permanece todo el tiempo en su hogar, por lo que regularmente dedican su tiempo en alguna actividad.



5.- Parentesco del paciente

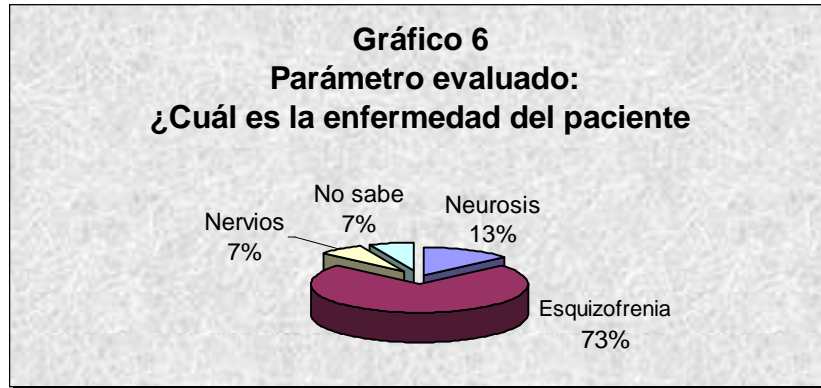
El mayor porcentaje dentro de este parámetro fue "otro(a)", ya que cuenta con mayor frecuencia dada en la población total, en la muestra estudiada se incluyó como familiar a amigos (otro) porque cumplen con los requisitos de inclusión para ver al paciente, El parentesco con mayor frecuencia fue el de hermanos y tíos (20%), en tercer lugar se encuentran sobrinos (13%) y por último hijos y primos (7%), lo que hace suponer que los pacientes viven o están más cercanos con la familia de origen.



BLOQUE 2. RELACIÓN AL TRATAMIENTO

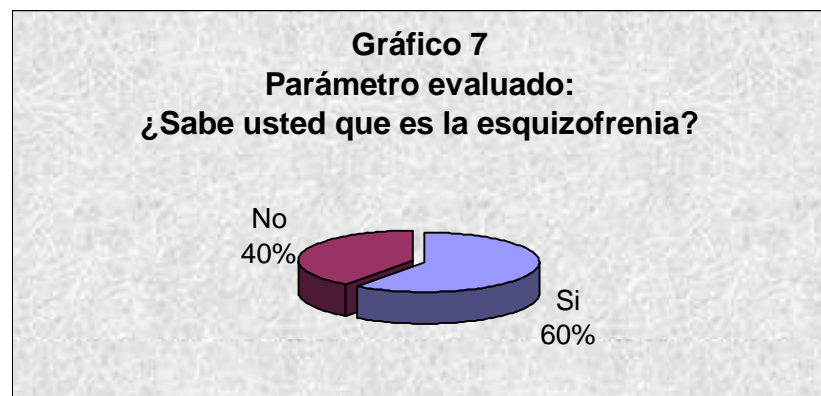
6.- ¿Cuál es la enfermedad del paciente?

El 73 % de los familiares y amigos conoce el diagnóstico del paciente, en tanto que el 27% lo desconoce manifestando saber que son neurosis (13%), nervios (7%) y no saber nada (7%). Cabría esperar que un mayor número de familiares conociera el nombre del padecimiento que aqueja a su paciente, ya que un amplio número de ellos tiene varios años de padecerlo.



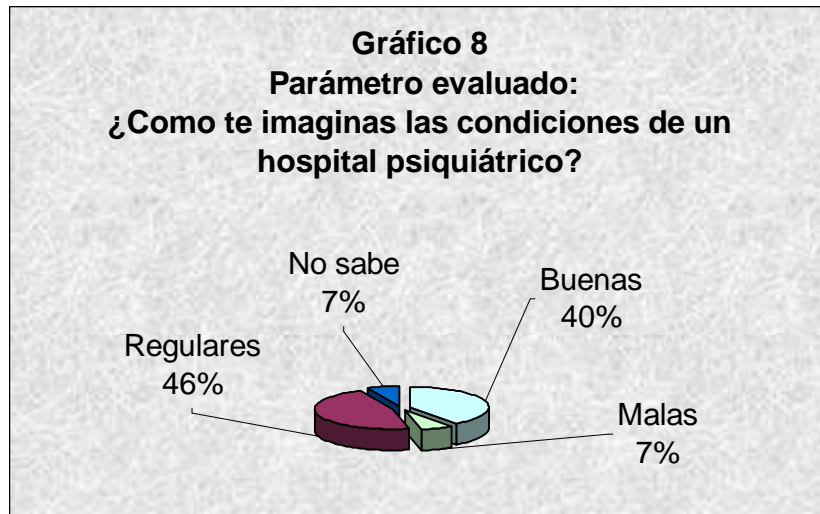
7.- ¿Sabe usted que es la esquizofrenia?

El 60% de la población indica saber que es la esquizofrenia, mientras que el 40% no, por lo que sí se compara con el gráfico anterior, el 73% señala que su paciente tiene esa enfermedad sin en cambio no sabe que es en sí, el término y lo que puede producir, por lo que existe un gran desconocimiento del nombre y características de la enfermedad que se padece.



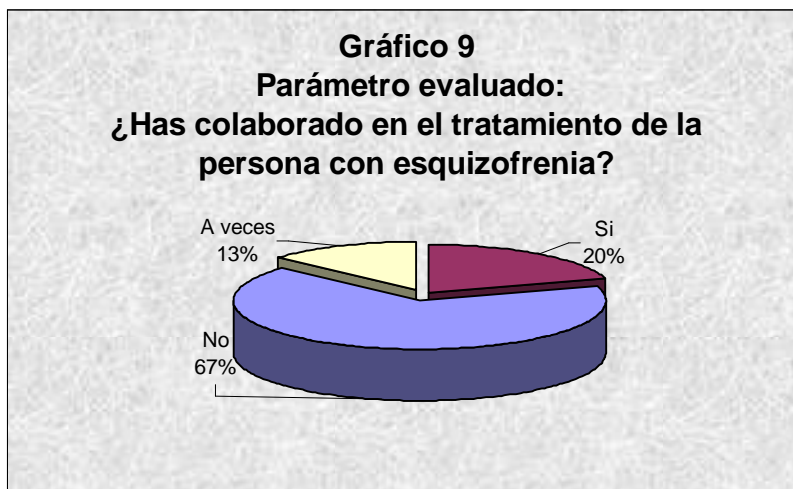
8.- ¿Cómo te imaginas las condiciones y el tratamiento de un Hospital psiquiátrico?

El 46% cree que son regulares las condiciones y tratamientos de los hospitales psiquiátricos mientras que en un porcentaje menor (40%) las considera buenas, en tercer lugar que dan las opiniones “malas” y “No sé” (7%), esto indica las veces que han estado frecuentando al paciente en etapas de recaídas y/o consultas y no se han dado cuenta actualmente como es el mecanismo, las condiciones y tratos que se dan en estos servicios.



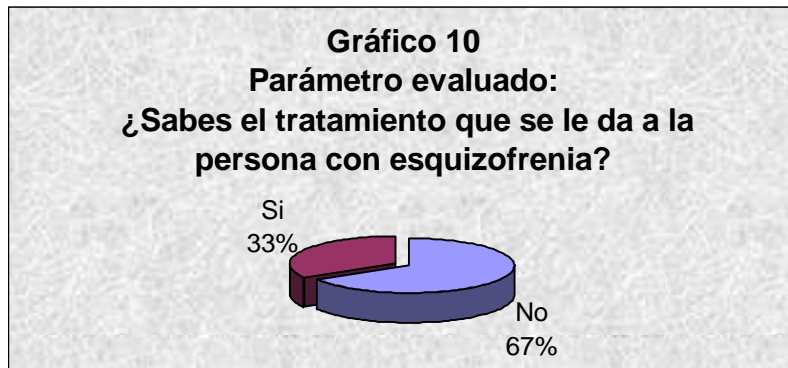
9.- ¿Has colaborado en el tratamiento de la persona con esquizofrenia?

La mayor parte de la población no ha colaborado con el tratamiento del paciente esto se puede ver reflejado con las preguntas anteriores, ya que son los hermanos considerados como los familiares más cercanos al paciente y son en sí las personas que están más al pendiente del tratamiento (20%), mientras que en un porcentaje menor 13% nunca ha colaborado.



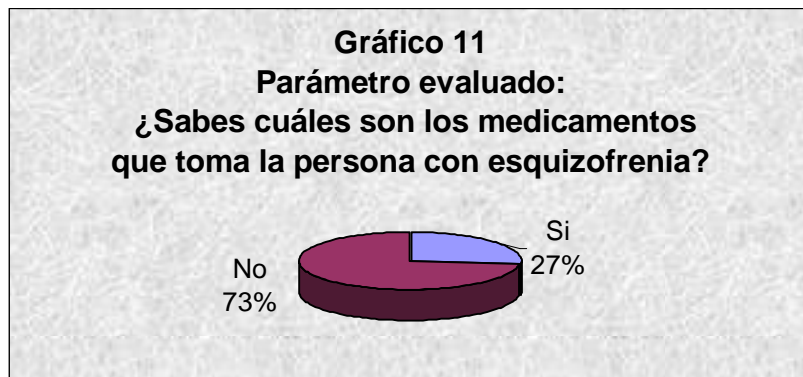
10.-¿Sabes el tratamiento que se le da a la persona con esquizofrenia?

Como se dijo anteriormente, parte de la población (40%) no sabe el término esquizofrenia (pregunta 7) y la mayoría (67%) nunca ha colaborado en el tratamiento (pregunta 9) por lo tanto estas personas no saben el tratamiento que lleva su paciente; y las que consideran saber (33%) han estado en constante monitoreo.



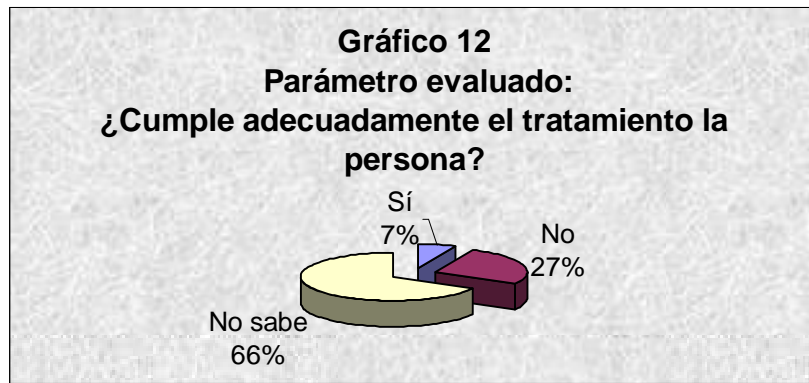
11.- ¿Sabes cuáles son los medicamentos que toma la persona con esquizofrenia?

La mayor parte de la población (73%) no sabe que medicamentos toma su paciente, mientras que el 27% si lo sabe, esto refleja parte del interés educativo que tiene el familiar y amigo por saber que le receta el médico al paciente, lo cual debe suponerse que la mayoría de la población debería estar interesada en esta cuestión.



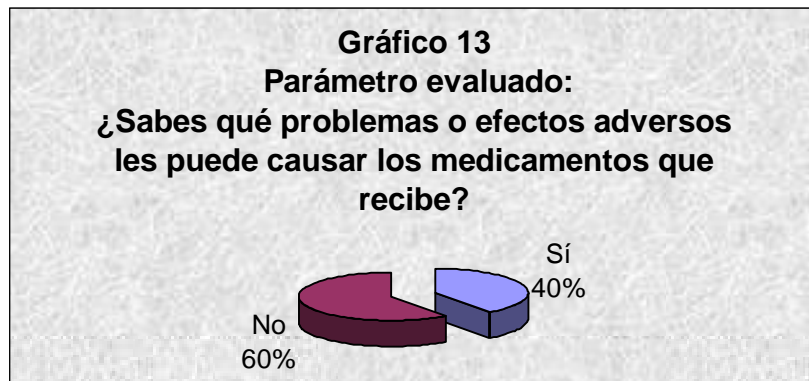
12.- ¿Cumple adecuadamente el tratamiento la persona?

El 60% de la población expresó no saber si cumple adecuadamente el tratamiento la paciente, mientras que el 27% opinó que no, por último solamente el 7% manifiesta decir que sí lo cumple; el tratamiento de la esquizofrenia debe plantear el estudio del ambiente familiar, localizando las causas medio ambientales que han hecho propicio el surgimiento del padecimiento, ya que es el único factor que es posible modificar para encaminar al enfermo hacia las condiciones menos graves que la cronicidad y el deterioro.



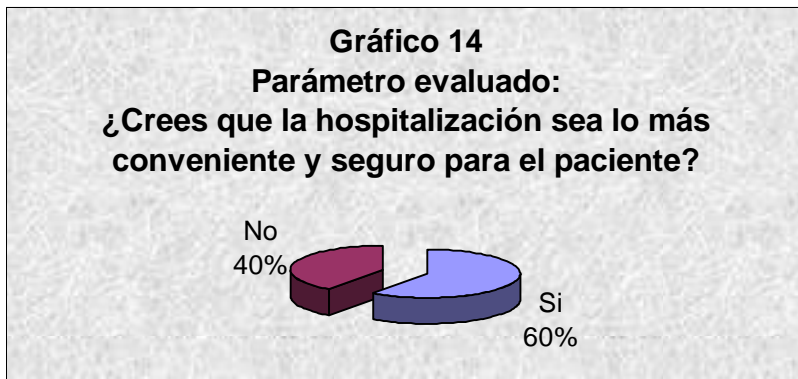
13.- ¿Sabes qué problemas o efectos adversos les puede causar los medicamentos que recibe?

Sí bien se muestra en la gráfica 13 la mayor parte de la población (60%) no sabe los efectos adversos que les puede causar los medicamentos que recibe la paciente, mientras que el 40% ha observado que sí les produce efectos adversos, por lo tanto esto indica la falta de educación médica hacia el paciente, familiar y amigos por seguir.



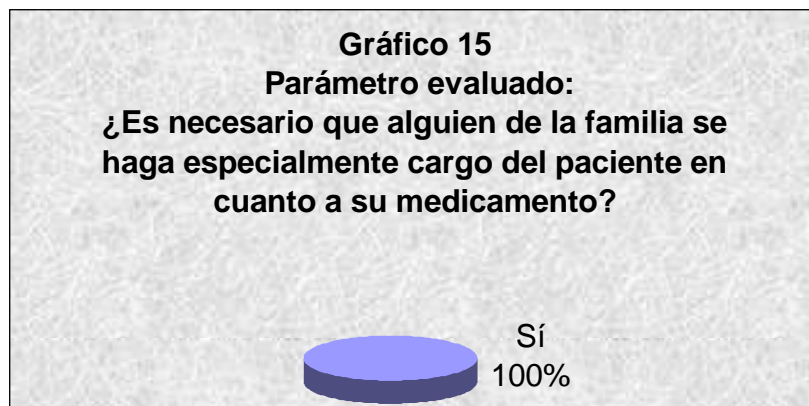
14.- ¿Crees que la hospitalización sea lo más conveniente para el paciente?

De igual forma la mayoría (60%) sugiere que la hospitalización es lo más conveniente y seguro para el enfermo que estar en su hogar, esto da a conocer que para la familia el paciente es un integrante que trastorna la dinámica familiar, que mueve los afectos en forma polarizada: por un lado puede obtener una sobreprotección que lo hace sumamente dependiente y lo incapacita más, y por otro, obtiene el rechazo total de la familia, de tal manera que lo quieren depositar permanentemente en alguna institución porque frecuentemente no comprende que están enfermos.



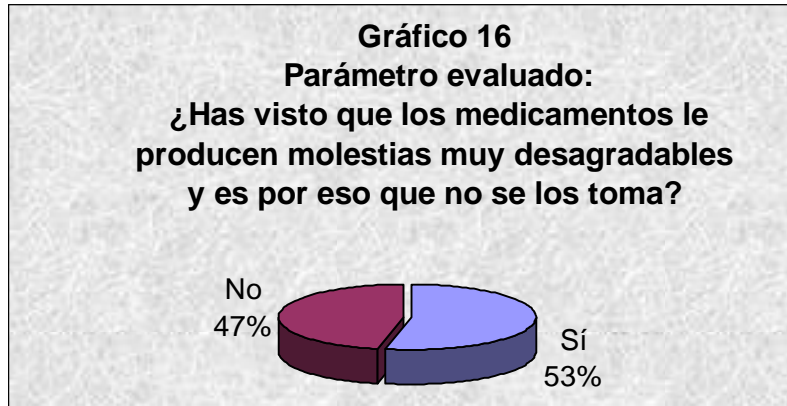
15.- ¿Es necesario que alguno de la familia se haga especialmente cargo del paciente en cuanto a su medicamento?

Debido a la necesidad de cuidado que exige este tipo de pacientes, las personas a cargo del mismo, constituyen un pilar del tratamiento farmacológico y no farmacológico, sin embargo no es adecuado dejar solo a una persona encargada con las obligaciones del tratamiento como se observa en el gráfico 15 que indican todo lo contrario, ya que esta puede llegar a estar bajo un gran estrés y agotamiento y no poder ayudar adecuadamente al paciente, por lo que es recomendable que todos participen para que el paciente no se sienta aislado y a la vez estén comunicados.



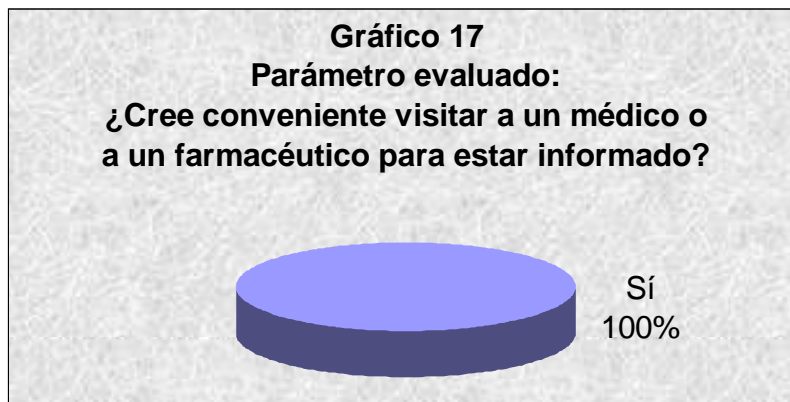
16.- ¿Ha visto que los medicamentos le producen molestias muy desagradables y es por eso que no se los toma?

Para lograr tener un buen apoyo hacia el paciente hay que observarlo durante los periodos de su tratamiento, más de la mitad (53%) si ha percibido que los medicamentos que toma, les producen molestias desagradables y por eso deja de tomárselo, una de las causas en el abandono de la medicación, factor motivo para tener posibles recaídas en la esquizofrenia, es la falta de información de las reacciones de adversas que pueden ocasionar algunos fármacos ya que los pacientes sienten que les están produciendo algún “daño”.



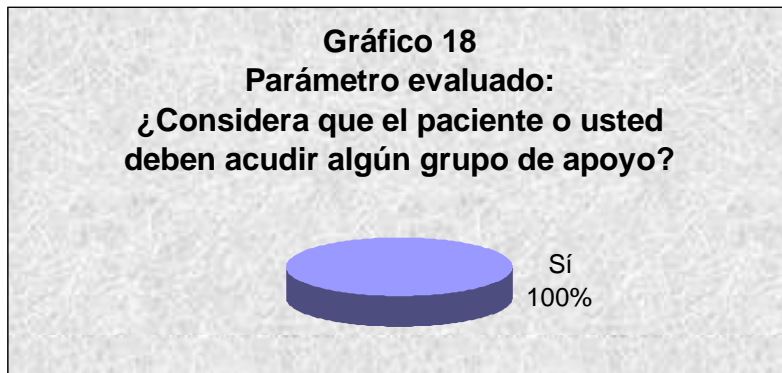
17.- ¿Cree conveniente visitar a un médico a un farmacéutico para estar informado?

La relación médico-paciente siempre se ha establecido de forma satisfactoria, la percepción que tiene el familiar del médico especialista es buena, pero al parecer la comunicación no es lo suficientemente explícita para que forme el familiar o amigo la ayuda correcta, ahora bien el Químico Farmacéutico Biólogo también influye de tal manera que consigue lograr un apego a la información del tratamiento farmacológico y por consiguiente una disposición enorme para el control del paciente; por lo que ambos forman dentro del equipo clínico la enseñanza de habilidades para enfrentarse con las dificultades de la esquizofrenia y ayudar al paciente y la familia aprender a reconocer signos de advertencias de una recaída.



18.- ¿Considera que el paciente o usted deben acudir algún grupo de apoyo?

La enfermedad ocasiona una serie de déficits personales que dificultan la capacidad del paciente para enfrentarse a las relaciones personales en el ámbito familiar, social, laboral e integrarse en la sociedad; a ello hay que añadir un conjunto de factores ambientales, agudos, crónicos, que actúan como estresores y dificultan considerablemente el proceso hacia la mejoría, conjuntamente la familia vive la enfermedad en un ambiente de recelo y desconfianza, pues es considerada como incurable. Angustia, desesperación y frustración son emociones que se producen ante el desconocimiento de la enfermedad y su tratamiento; es por eso que toda la población (100%) considera acudir a un grupo de apoyo, buscando un mejor nivel de vida así como su reintegración a la sociedad a través de una atención integral, con armonía y aceptación de la enfermedad, para esto es importante que la familia mantenga una relación de respeto, confianza y ayuda hacia el paciente.

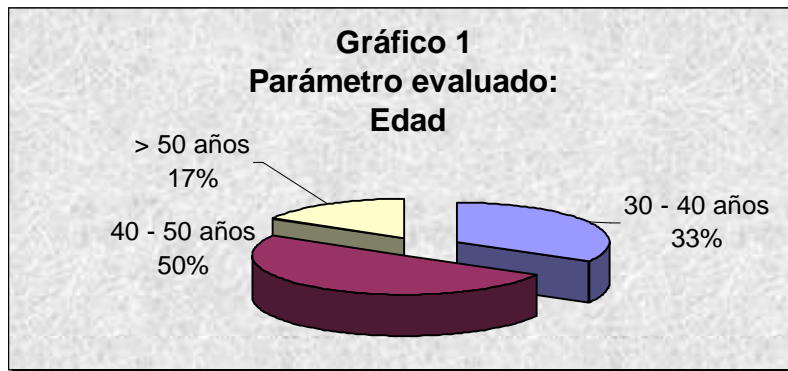


INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PACIENTE

BLOQUE 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

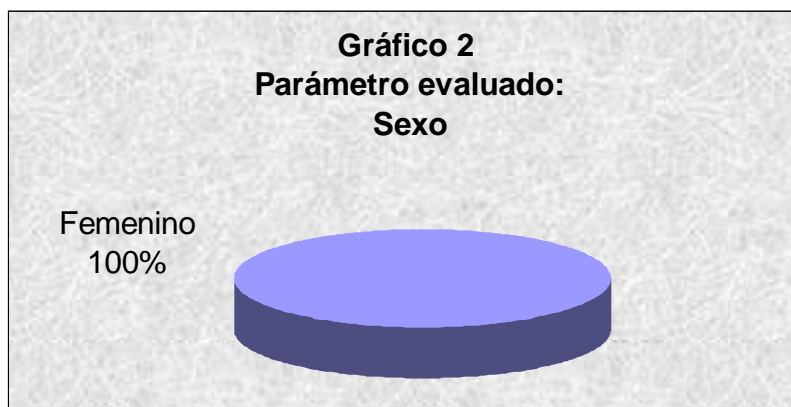
1.- Edad

La edad de estos pacientes se distribuye en un rango de 32-60 años agrupándose el mayor número entre los 40-50 años (50%) como se muestra en la gráfica 1. Si es bien sabido, la enfermedad suele predominar en solteros y casi inicia en la juventud (20 años en promedio), aunque en las mujeres aparece en una edad un poco mayor que en los hombres en general.



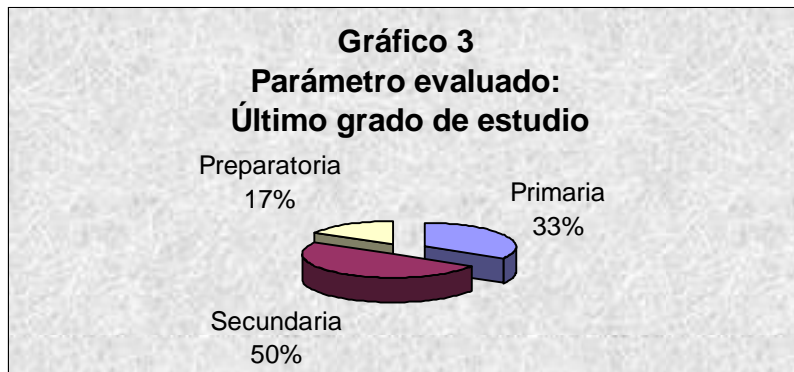
2.- Sexo

Los datos demográficos muestran que el 100% de los sujetos cuestionados fueron mujeres con diagnóstico de esquizofrenia, con el fin de mantener su accesibilidad, colaboración y confianza del paciente.¹⁰²



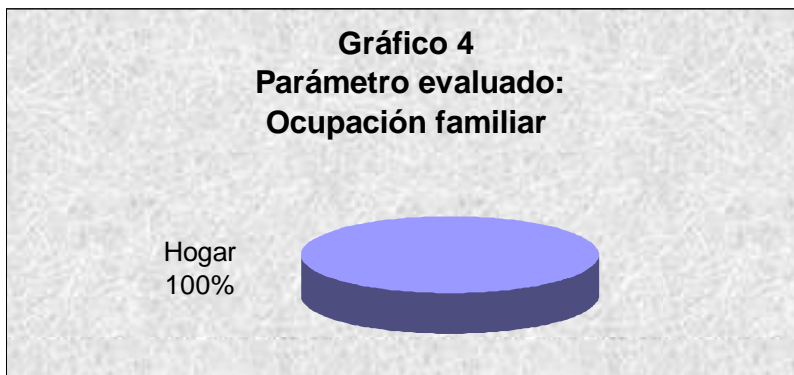
3.- Último grado de estudios

Como la enfermedad aparece a finales de la adolescencia y principio de la edad adulta muchos pacientes dejan sus estudios porque es difícil sobrellevar este padecimiento, a grandes rasgos se observa que estos pacientes no tienen un nivel de escolaridad mayor por lo que en gran parte de la población cursó la secundaria (50%), primaria (33%) y preparatoria (17%).



4.- Ocupación familiar

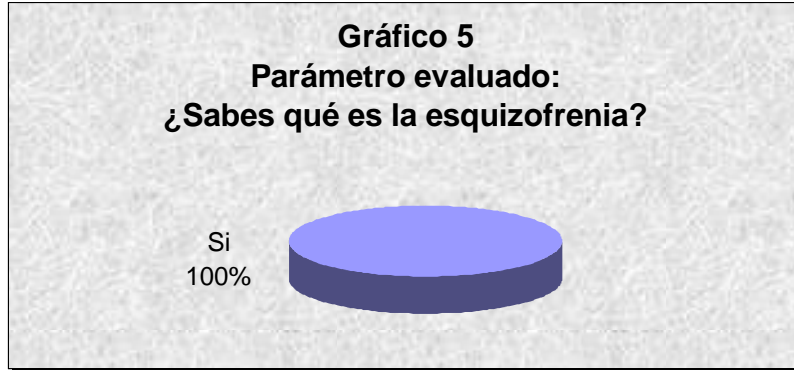
El 100% de los pacientes se dedican al hogar, esto indica que viven al cuidado de sus familiares, desafortunadamente la enfermedad es muy difícil de sobrellevarla ya que la causa principal es la estigmatización como el aislamiento social, hacer amigos, la imposibilidad para encontrar algún empleo, casarse y cuidar de sí mismas, reduciendo así las posibilidades de su recuperación.



BLOQUE 2. RELACIÓN DEL TRATAMIENTO

5.- ¿Sabes qué es la esquizofrenia?

La mayor parte de la población (100%) indica saber el término esquizofrenia, esto quiere decir que la educación impartida actualmente, hace que el paciente trate de tomar conciencia de este padecimiento para que afronte las consecuencias que origina.



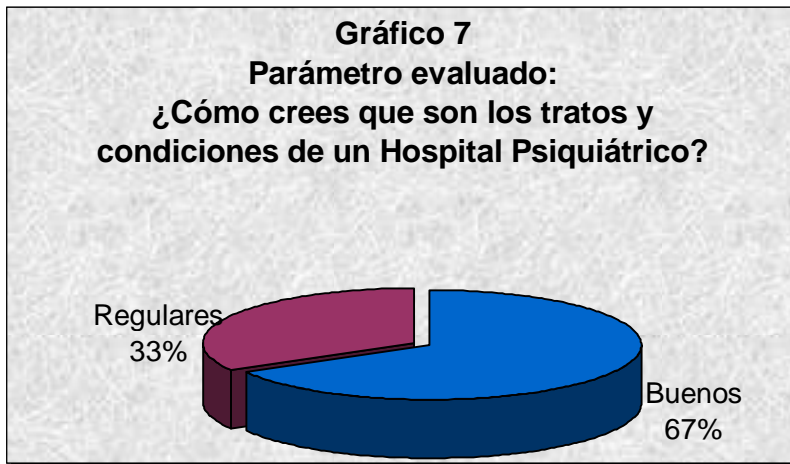
6.- ¿Crees estar bien informado acerca del padecimiento?

La mitad de la población (50%) considera estar bien informada, cuando se proporciona información acerca de su padecimiento, pocos estigmas o juicios de valor son modificados y los que cambian producen afecto positivo; la mitad restante (50%) de los pacientes poseen mal conocimiento de su enfermedad, este desconocimiento y no aceptación parcial de la enfermedad como parte de la concepción de la misma del paciente, es otro factor muy importante que puede originar el abandono de su tratamiento.



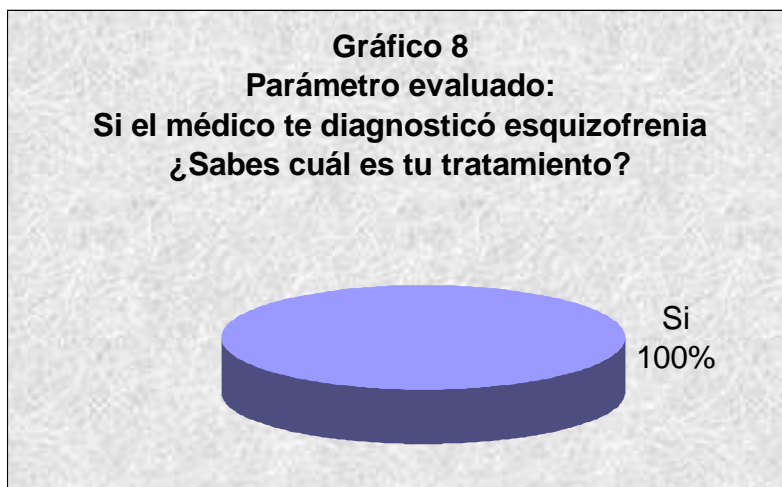
7.- ¿Cómo crees que son los tratos y condiciones de un hospital psiquiátrico?

Los pacientes son crónicos ya que su padecimiento no es curable sino controlable, lo que implica que estén utilizando los servicios e instalaciones psiquiátricas periódicamente. La constante utilización de estos servicios ha implicado tener una nueva imagen dejando atrás la idea estigmatizada que han estado atribuyendo durante mucho tiempo, esto se puede distinguir en la gráfica 7 donde el 67% de la población considera buenos los tratos y condiciones, mientras que el 33% regulares.



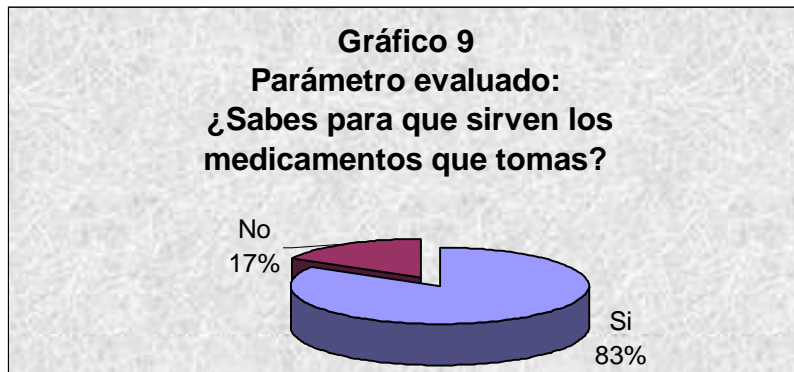
8.- Si el médico te diagnosticó esquizofrenia ¿Sabes cuál es tu tratamiento?

Toda la población (100%) sabe cuál es su tratamiento, la relación médico paciente es otro factor importante dado que de ella depende que el paciente tenga una correcta concepción de la enfermedad, un apego al tratamiento farmacológico y por ende lo lleve con éxito.



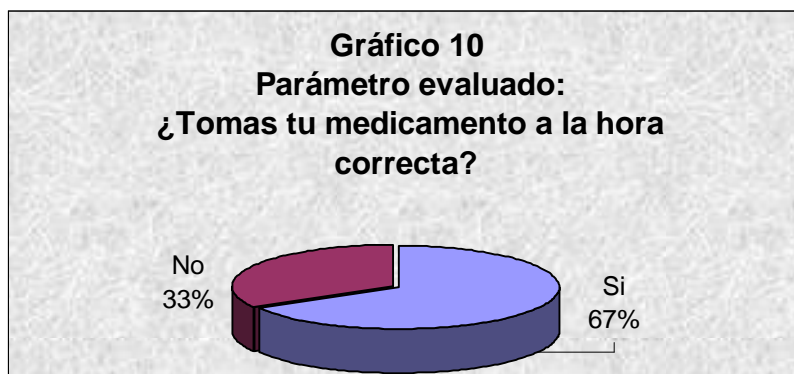
9.- ¿Sabes para qué sirven los medicamentos que tomas?

Cuando una persona es diagnosticada de cualquier enfermedad, el personal clínico (médico, químico farmacéutico biólogo, enfermería, etc.) tienen la obligación de informarle acerca del tratamiento farmacológico como es mostrado en la gráfica 9, donde el 83% sí conoce el funcionamiento de los medicamentos; muchas ocasiones el personal clínico utiliza palabras técnicas donde el paciente y sus familiares no saben interpretarlas y se guían solamente con lo que el médico recetó, por lo que ignora su tratamiento farmacológico (17%).



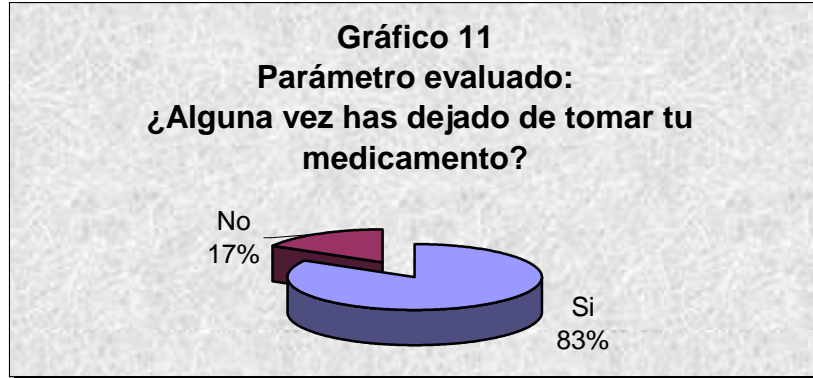
10.- ¿Tomas tu medicamento a la hora correcta?

En el gráfico 10, el 67% de los pacientes siguen puntualmente las indicaciones médicas, una buena educación acerca del tratamiento que debe seguir el paciente hará que tenga una mejor calidad de vida, en cambio el 33% de los pacientes considera no tomarlo a la hora correcta, lo que puede producir en algún momento una recaída.



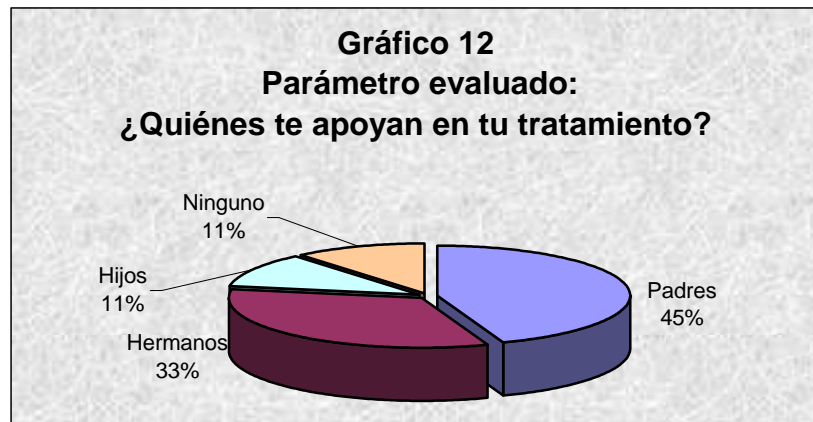
11.- ¿Alguna vez has dejado de tomar tu medicamento?

La mayoría de los pacientes (83%) han dejado alguna vez de tomar su medicación, debido a que, poseen escasa conciencia de la enfermedad o bien, creen que los medicamentos les están haciendo daño por los efectos secundarios que originan, o bien cuando se sienten un poco mejor dejan de tomarlos, entre otros.



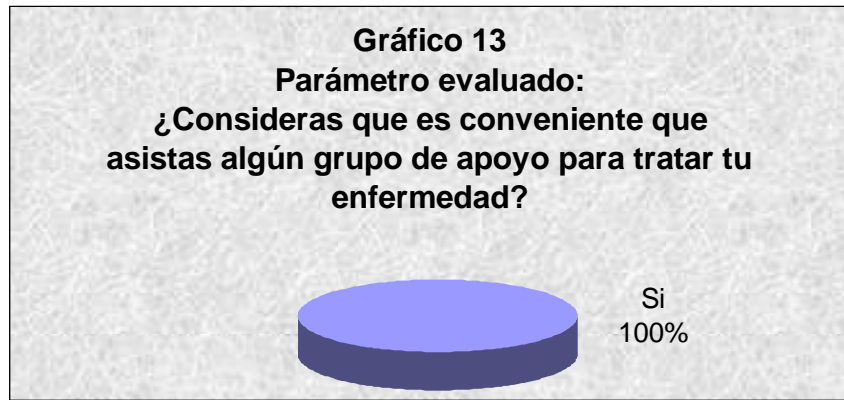
12.- ¿Quiénes te apoyan en tu tratamiento?

Los familiares suelen ser los principales cuidadores de las personas con Esquizofrenia esta enfermedad impone un gran peso a la familia y a la población cercana al paciente que padece la enfermedad, muchas de las ocasiones son los padres (45%) quienes soportan el cuidado del paciente así como sus familiares cercanos a él(ella) refiriéndose a: hermanos (33%) e hijos (11%). Generalmente es complicado salir adelante sin tener algún apoyo personal de ese alguien (11%) como se muestra en la gráfica 12.



13.- ¿Consideras que es conveniente que asistas algún grupo de apoyo para tratar tu enfermedad?

Toda la población (100%) cree conveniente acudir a un grupo de autoayuda; los grupos de autoayuda son vitales en el adecuado manejo de la esquizofrenia, ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente en medida que parecen disminuir el número de recaídas y mejoran la función social y familiar, en cualquier caso es necesario que exista una continuidad asistencial, que estas ayudas se integren en un tratamiento psicofarmacológico de forma coordinada y que su aplicación se realice con flexibilidad adecuada a la fase evolutiva de la enfermedad y a las cambiantes necesidades de los pacientes a lo largo de sus vidas.



9. DISCUSIONES

La esquizofrenia es un trastorno mental donde el órgano afectado es el cerebro, tiene una prevalencia a nivel mundial del 1%, es considerada como uno de los trastornos más complejos porque se desconoce la causa de la enfermedad (es multifactorial), aparece al final de la adolescencia y principios de la edad adulta, generalmente es crónica con etapas de remisión y exacerbación, afecta a la persona durante toda la vida así como a sus familiares y a su economía. En cierto sentido hay una separación del paciente con la realidad, tiene pensamientos preocupantes extraños, alucinaciones tormentosas y fatigantes, lo que hace que el paciente rompa con su línea habitual de pensamientos, emociones, se angustie y aísle de la familia y sociedad.

La enfermedad se conoce como un principio insidioso, lento y gradual, su diagnóstico es descriptivo, hay dos sistemas para clasificar el padecimiento: el ICD-10 y DSM-IV probablemente el primero sea el más usado, en un principio es difícil diagnosticarla ya que se observa con el tiempo una falta de empeño y aislamiento, sin embargo actualmente la enfermedad puede ser controlada para que el paciente tenga prácticamente una vida normal.

La educación es un proceso de adaptación progresiva, que informa, motiva y ayuda a los individuos, determina la formación de la persona, conserva y renueva la cultura y mantiene prácticas y estilos de vida saludables.

La educación sanitaria es esencial en el abordaje terapéutico de problemas de salud pública, para lograr que las personas encuentren y vivan lo mejor posible. Dicha educación puede ser dirigida a un paciente, grupos de pacientes o bien a la comunidad en general, estableciendo una relación con el profesional de la salud, para que este les brinde la oportunidad de formular preguntas acerca de lo que no entienden sobre el padecimiento, prevenga en algún momento y aclare dudas mediante programas educativos elaborados con material didáctico.

El Químico Farmacéutico Biólogo es considerado también como un especialista indicado para realizar estas funciones, ya que regularmente se encuentra ante problemas clínicos relacionados con la terapéutica farmacológica. Su capacidad para analizar de forma exhaustiva estos problemas y facilitar el consejo farmacéutico apropiado es esencial en su labor ante las personas para que lleven un mejor control de la enfermedad. Este análisis no debe limitarse a resolver un problema puntual en el tratamiento, si no que ha de plantearse en su conjunto, viendo si se requiere o no tratamiento, elección del fármaco apropiado, régimen de dosificación idónea y evaluación del resultado, proporcionando todos los recursos necesarios para la educación.

Se realizó un estudio de observación sobre el conocimiento y las condiciones de vida en la actualidad, dirigido a una comunidad en general, pacientes ambulatorios y familiares, con el objetivo de conocer y valorar su opinión sobre el entorno del

tratamiento farmacológico y no farmacológico, aplicando una sesión educativa a la comunidad en general utilizando el diálogo y material de apoyo como láminas, posters, trípticos y cuestionarios; por otro lado a la población denominada “pacientes” y “ familiares del paciente” solamente se les otorgó los folletos y aplicó un cuestionario, debido a que fueron pocos participativos y como es bien sabido este grupo de personas son desconfiadas y suspicaces, a esto se les suma el breve tiempo de visita, de esta manera nuestro grupo de entrevistados fue menor.

La sesión educativa fue dirigida a una población heterogénea (joven y adulta) sana y/o enferma de diferentes edades, dentro de la Clínica No 68 del Instituto Mexicano del Seguro Social. El educador (Q.F.B.) al interactuar con tal población, observó de forma específica las experiencias suscitadas durante la sesión educativa como: el interés y paciencia mostrado por los asistentes, comprensión general del tema, así como preguntas y comentarios, para esto se procuró que el diálogo fuera comprensible, breve, claro y de escasa complejidad sin tener que usar tecnicismos, sobre todo para los ancianos y las personas de escaso nivel cultural. Con la ayuda del material de apoyo, se diseñaron algunas láminas de cartoncillo para dar la información más detallada e ilustrativa y ser observada detenidamente, su composición es parecida la de un anuncio de cartel con medidas de 102 cm. X 62 cm. con fuertes colores, texto sencillo y caracteres pesados y claros para ser leídos a distancia; fue impreso a mano con diferentes colores, utilizando sencillos dibujos que ilustraban de una manera general la información.

Otro material de apoyo fue la elaboración de un poster diseñado para llamar la atención del público presente en un instante, mediante la combinación vigorosa del color, aplicado con la mayor simplicidad en la forma. La interpretación de la información fue sintetizada mediante las formas y los volúmenes de ilustración en una composición bien encuadrada, sin detalles lujosos, iluminada por pocos, pero agresivos colores, texto simplificado, formando así la anatomía del poster con medidas de 90 cm. X 75 cm. con el fin de poder adosar el anuncio sobre una pared normal en el Hospital.

Ahora bien a los tres grupos de población se les otorgó un tríptico y un cuestionario, el primero es un producto impreso en una hoja tamaño carta por frente y vuelta doblado dos veces, de manera que presente tres cuerpos (6 páginas); doblado así consta de: portada, solapa, contraportada (al frente) y tres páginas centrales (a la vuelta), al doblarse las páginas dan una medida de 10.7 X 13.8 cm. Considerado como un tamaño manuable y que conduce al educando visualizar la información de una manera resumida.

En cuanto a los cuestionarios, estos fueron realizados con una redacción clara, precisa y concisa, nos permitieron distinguir el conocimiento y relación de la enfermedad de los tres grupos encuestados, así como la actitud insatisfactoria paciente familiar que son factores psicosociales y psicoeducativos que estuvieron presentes.

De los resultados del cuestionario “Información relacionada con la comunidad” conformado por 15 preguntas divididas en tres bloques (I.- sociodemográfico, II.- Información del educador y III.- Aprendizaje) y un espacio para sugerencias o comentarios, fue aplicado a dicha población heterogénea, participando en el estudio la mayoría de los asistentes del sexo femenino (83%), que se encuentran en una edad adulta (41 - >51 años) y que tienen un nivel escolar aceptable (29% secundaria), considerando no tener los suficientes conocimientos acerca del tema (85%), sin embargo toda la población (100%) opinó que el tema esquizofrenia es interesante y que deberían darse más sesiones educativas de algún otro programa relacionado con la salud; en lo que respecta al bloque II “Información del educador” la mayoría de los asistentes evaluaron al ponente con un buen conocimiento (93%) y el contenido del tema expuesto con excelente desenvolvimiento indicando el interés por obtener el mayor beneficio de información. Por último la falta de atención del público durante la sesión educativa es un factor importante en su enseñanza, por lo que fue tomado en el análisis del último bloque de la encuesta “aprendizaje” aplicándoles breves preguntas respectivas al tema expuesto; aunque la mayoría de los cuestionados respondieron en forma correcta hubo algunos que tuvieron falta de atención, creando dudas y eligiendo respuestas incorrectas. Estas divagaciones y equivocaciones sufridas por la población son justificadas por: el mal planteamiento de la pregunta 13 y por la distracción al presentar la sesión educativa en una sala de espera donde hay bastante movimiento del público, representando una desventaja de aprovechamiento intelectual de la educación sanitaria.

El contenido del cuestionario “Información relacionada con el paciente” estaba estructurado por 13 preguntas divididas en dos bloques: I.- Sociodemográfico y II.- Fines estadísticos. Demostrando los resultados que todos los participantes fueron del sexo femenino, con edad adulta, nivel escolar aceptable y como ocupación el hogar, además que el 100% considera saber que es la enfermedad, un 50% cree estar bien informado, mientras que el 100% sabe cual es su tratamiento, sin embargo un 83% manifiesta decir para que sirven los medicamentos que toma. A pesar de todo esto un 67% de los pacientes destaca tener buenos tratos y condiciones de un hospital psiquiátrico y que el 100% considera conveniente asistir a un grupo de apoyo para el tratamiento e información de su enfermedad. Por último se puede apreciar que la relación del paciente con sus familiares es cercana aunque con muchas dificultades en la interacción entre ellos según algunas referencias bibliográficas. Estos resultados positivos indican la buena educación que han recibido por parte del especialista sanitario.

El último cuestionario “Información relacionada con los familiares del paciente” conformado por 18 preguntas divididas en dos bloques: I.- Sociodemográficos y II.- Fines estadísticos. Los datos obtenidos mostraron que el 73% de la población sabía cual era la enfermedad del paciente, el 60% mostraron el grado de conocimiento que tenían los participantes respecto a la esquizofrenia, aunque más

de esta mitad refirió que el conocimiento que tenía era insuficiente, tal caso es observado en las preguntas 8-15 donde el encuestado demuestra tener poco interés en cuanto a su relación y tratamiento.

La utilidad de la educación sanitaria es evidente a partir de los resultados obtenidos en este estudio, datos que concuerdan con lo reportado con otros autores.

10. CONCLUSIONES

Se documentó la información acerca de la esquizofrenia causada por un desorden químico del cerebro, capaz afectar a cualquier persona y que puede ser controlable mediante tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, para mantener una estabilidad y recuperación del paciente que sufre esta enfermedad.

El manejo terapéutico más recomendado es el farmacológico a través de antipsicóticos atípicos como Clozapina, Risperidona y Olanzapina, como una alternativa cuando no son tolerados los antipsicóticos clásicos, por sus efectos extrapiramidales; de igual forma la aplicación simultánea de la terapia no farmacológica como el apoyo psicológico al paciente y sus familiares, presentan mejorías clínicas considerables.

Para pacientes con recursos económicos bajos, los antipsicóticos típicos son más accesibles aunque no sean tan eficaces como los antipsicóticos atípicos.

Es necesario que el Químico farmacéutico Biólogo, aporte una visión de apoyo, orientación e información proporcionada a la comunidad en general, al paciente y núcleo familiar del paciente, necesarios para la atención de los problemas de índole farmacoterapéutico en el padecimiento y en el tratamiento, como parte de la salud mental.

La efectividad de este estudio piloto es limitada, ya que se requieren mayores investigaciones con una muestra más amplia y representativa de sujetos, sin embargo fue útil ya que permitió observar sus conocimientos acerca de la enfermedad y por otro lado valoró la influencia de la sesión educativa impartida.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Calderón N. Guillermo. Esa agonía llamada locura. Historia de la Psiquiatría. 3ª Edición. EDIMEX. México. 1997. pp: 25-49,158-160,180,201.
2. E. Minkowski. La Esquizofrenia. pp: 17-23.
3. Segatore Luigi, Poli Gianangelo. Diccionario Médico Teide. 5ª Edición. Barcelona, España. 1980. pp: 449.
4. Stefan, Mike Travis and M. Murray Robin. An Atlas of Schizophrenia. The encyclopedia of visual medicine series. The Parthenon Publishing Group. New York USA. 2001.
5. Organización Mundial de la Salud. La CIE-10 Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor. Madrid, España. 1993.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition revised. DSM-IV-TR. Washington, DC: APA. 2000.
7. Gottesman I, Irving. Schizophrenia Genesis: The origin of Madness. New York. Oxford. 2003. pp: 1997-2003.
8. O Tienari, Sorri A. Lathr I. Genetic and Adoptive family study Schizophrenia. Schizophrenia Bull. 13. 1987. pp: 477-484.
9. Obiols E. Jordi and Vicens Vilanova. Aetology and risk signs in Schizophrenia. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2003; 3(2). pp: 235-250.
10. Mjelle N. and Kreglen E. Schizophrenia: A view, with emphasis on neurodevelopmental hypothesis. Nord. Journal Psychiatry. 200; 55(5). pp: 301-309.
11. Asarnow R.F. and cols. Schizophrenia and Schizophrenia-spectrum personality disorders in the first-degree relatives of children with shizophrenia: The UCLA family study. Archives of General Psychiatry. 2003; 58. pp: 581-588.
12. Perka Tienari H., Lyman C. Genetic Boundaries of the Schizophrenia Spectrum: Evidence from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 2003; 160. pp: 1587-1594.
13. Hollis Chris. Adolescent Schizophrenia. Advances in Psychiatric Treatment. 2000; 6. pp: 83-92.
14. Hoffman RE, McGlashan TH. Eliminación sináptica, neurodesarrollo y mecanismos de las voces alucinatorias de la esquizofrenia. American Journal Psychiatry. pp: 154-156.
15. M. Tsapakis Eva and Travis J. Michael. Glutamate and Psychiatric disorders. Advances in Psychiatric treatment. 2002; 8. pp: 189-197.
16. Sosa L. Armando y cols. Hallazgos de perfusión cerebral con tomografía por emisión de fotón único, SPECT en cerebro. Revista Neurocirugía y Psiquiatría. 2002; 35(4). pp: 183-202.
17. Dolengevich S. Helen. The schizophrenia in of cerebral of alterations. An. Med. Asoc. Med. Hosp. ABC. 1996; 41(3). pp: 110-113.

18. Herrero R. Lis María y cols. Algunas características anatómicas del encéfalo del esquizofrénico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2003; 23(3). pp: 163-168.
19. Thompsen PH. Schizophrenia with childhood and adolescent onset, a nation wide register-based study. *Acta Psychiatry Scandinavica*. 1996; 94. pp: 187-193.
20. www.psicofarmacología.bizland.com
21. Jean Broustra. *La esquizofrenia*. Mereder. Barcelona España. 1979.
22. Salvador Perona y cols. Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*. 2002; 14 (1) pp: 26-33.
23. Goodman G. Alfred. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 6ª edición. Panamericana. Madrid España. 1982. pp: 213,214,418.
24. Renato M.E. Sabbatini, PhD. *The History of Shock Therapy in Psychiatry. What is mind?*. 1998; 4. pp. 1-14. Disponible en: <http://www.cerebromente.org>.
25. Álvarez, E. Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. *Revista Anales de Psiquiatría*, 2002; 18. pp: 18-26.
26. Ordway D, Viveiros M. Leandro C, Bettencourt R. Clinical Concentrations of Thioridazine Kill Intracellular Multidrug-Resistant *Mycobacterium tuberculosis*. *Antimicrobial Agents and Chemiotherapy*. 2003; 47(3). pp: 917-922.
27. Bigal M. E., Bordini C. A., Geraldo José. Speciali intravenous chlorpromazine in the acute treatment of episodic tension-type headache. *Arq Neuropsiquiatry* 2002; 60(3). pp: 537-54.
28. Vaisecia Margot. *Psicofarmacología "Neurolépticos. Antipsicóticos o Tranquilizantes mayores"*.
29. Litter. *Compendio de farmacología*. Araneo. 4ta edición. pp: 114-139.
30. Gutiérrez Suela, F. *Tratamiento actual con antipsicóticos de la esquizofrenia*. *Pharmacy Hospitalary*. 1998; 22(4). pp: 207-212.
31. Meagher David and Moran María. Sub-optimal prescribing in an adult community mental health service: prevalence and determinants. *Psychiatric Bulletin* 2003; 27. pp: 266-270.
32. García A, María Los Antipsicóticos atípicos: Una revisión. *Salud Mental*. 2001; 24(5). pp: 37-43.
33. Rodríguez c. Rodolfo. *Vademécum Académico de medicamentos*. UNAM McGraw-Hill Interamericana. 3a edición. 2001.
34. Dinesh M, David A, Quraishi SN. Palmitato and undecilenato of deposit pipotiazina (depot) for the schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18; (4).
35. *Vademecun Farmacéutico*. Ipe. Rezza Editores. México. 13^{ava} edición. 2004.
36. Adams CE, Eisenbruch. Fluphenazine for the schizophrenia. *Cochrane Plus*, Oxford, Update Software Ltd. 2005; (1).

37. Laporte Juan Ramón. Perfil de toxicidad de los antipsicóticos atípicos. *Butlletí groc. España*. 2002; 15(1). pp: 1-4. Disponible en: <http://www.icf.uab.es>
38. Marques LO, Limams, Scares BG. Trifluoperazine for schizophrenia. *Cochrane database Syst. Rev.* 2004; 1. pp: 1-4.
39. American Academy of Pediatrics. Use of Psychoactive Medication During Pregnancy and Possible Effects on the Fetus and Newborn. *Committee on Drugs.* 2000; 105(4). pp: 880-887.
40. Kayhan N, Schmidt TM, Bonz A, Sonnenberg K, Vahl CF, Hagl S. Effects of trifluoperazine on the contraction kinetics of the isolated intact tracheal and pulmonary artery smooth muscle. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2002; 50(1). pp: 49-54.
41. Bonaccorso M.D. Stefania, Meltzer M.D. Herbert Y., Li Ph.D. Zhu., Dai M.D Jin., R. Alboszta B.S. Anna., and Ichikawa M. Junji. SR46349-B, a 5-HT_{2A/2C} Receptor Antagonist, Potentiates Haloperidol-induced Dopamine Release in Rat Medial Prefrontal Cortex and Nucleus Accumbens. *Neuropsychopharmacology* 2002; 27(3). pp: 430-441.
42. Pereira B. Julio, F. Iniesta Jesús y Soto Matos-Pita Arturo. Fármacos de uso común con efectos adversos sobre el corazón. *Monocardio.* 2001; 3(3). pp:138-149.
43. David M. Gardner, Ross J. Baldessarini, Paul Waraich. Modern antipsychotic drugs: a critical overview. *CMAJ.* 2005; 172(13). pp: 1702-1711.
44. Russig Holger,. Murphy Carol A. and Feldon Joram. Clozapine and Haloperidol Reinstatement Latent Inhibition Following its Disruption during Amphetamine Withdrawal. *Neuropsychopharmacology.* 2002; 26(6). pp: 765-777.
45. Moizeszowicz julio. *Psicofarmacología Psicodinámica IV.* Paseo de la Plaza. Buenos Aires. Argentina. 2002. pp: 150,151,189.
46. Néstor Stingo. *Trastorno límite de la personalidad. Cuadro clínico y manejo Farmacológico.* Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. Buenos Aires. Argentina. 2004. pp: 1-42.
47. Oerther Sandra and Ahlenius Sven. Atypical Antipsychotics and Dopamine D₁ Receptor Agonism: An In Vivo Experimental Study Using Core Temperature Measurements in the Rat. *The journal of pharmacology and experimental therapeutics.* 2000; 292(2). pp: 731-736.
48. Senon J, L. *Less neuroleptiques .* University de Poitiers. Faculte de Medicine. Portugal. 2003. pp:1-27.
49. Fenton M, Murphy B, Wood J, Bagnall A-M, Chue P, Leitner M. Loxapine for Schizophrenia. *Biblioteca Cochrane Plus Library . Syst. Rew,* 2005; 2.
50. Vanelle. *New Antipsychotics in Schizophrenia: The french experencie.* *Acta Psychiatric Scand. Suppl.* 1994; 380. pp: 59-53.
51. Bagnall A-M, Fenton M, Lewis R, Leitner ML, Kleijnen J. Molindona para la esquizofrenia y la enfermedad mental severa. *Biblioteca Cochrane Plus Library* 2005; 2.

52. López M. F. Bhatara V.S, Alamo C, Cuenca E. Historical approach to reserpine discovery and its introduction in psychiatry. *Actas Españolas Psiquiátricas*. 2004; 32(6) pp: 387-395.
53. Cecilio Alamo Francisco. López Muñoz Vinod. Bhatara E. Cuenca. La contribución de la Reserpina al desarrollo de la psiquiatría y su papel en la investigación neurobiológica. *Rev. Psiquiátrica Fac. Med Barma* 2004; 31(3). pp:130-139.
54. Frota Leopoldo H. Cincuenta años de medicamentos antipsicóticos en psiquiatría. Colegio Pedro II – Río de Janeiro, Brasil. 2003.
55. Wahlbeck K, Cheine M, Essali MA. Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software.1998; 4.
56. Mary C. Borovicka. Schizophrenia and Related Movement Disorders. *Psychiatric Pharmacy Practice Specialty*. American Society of Health-System Pharmacists. USA. 2002. pp:1-24.
57. Montpied G., Montalenilert R., Ferrand C. Clozapine, 10 years in stern: a clinical evaluation. *Encephale*. 2004; 30(5). pp: 474-491.
58. Ortiz Lobo A. De la Mata Ruiz. Nuevos Antipsicóticos. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. Vol.25. No. 1. 2001; 25(1). pp: 1-8.
59. Elman M.D. Igor and cols. Effects of Risperidone on the Peripheral Noradrenergic System in Patients with Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2002; 27(2). pp: 293-300.
60. Goren JL, Levin GM. Quetiapine, an atypical antipsychotic. *Pharmacotherapy* 1998; 18 (6). pp:1183-1194.
61. Arana W. George and Rosembaum Jerrol F. *Drogas psiquiátricas*. 4ta edición. Marbán. 2002. pp:8-66.
62. Casarotti Humberto, Pardo Vicente, Labarthe Adriana y cols. Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 2003; 67. pp:76-110.
63. Garrabé Jean. *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. 1ª edición. Fondo de cultura económica. 1992. pp: 97-100.
64. Bloyie Darran. Davies Simon Davies. *Lo esencial en psiquiatría*. 1a edición. Harcourt. Madrid, España. 2001. pp: 107-125, 147-152.
65. Ebmeier, P. Klaus and Lappin, M. Julia. Electromagnetic stimulation in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001; 7. pp:181–188.
66. Fresan Ana y cols. Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares. *Salud Mental*. 2001; 24(4). pp: 24-44.
67. Suarez M. Richards. Concordance in the treatment of schizophrenia. *Vertex*. 2004;15(57). pp: 165-174.
68. Schizophrenia. Department Health and human Services. NIH Publication No. 02-3517, Reprinted August 2002. pp: 19-32. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/index.cfm>.

69. SA Chong, C Lee, L, Bird, S Verma. A risk reduction approach for schizophrenia: The early psychosis intervention programme. *Annals Academy of Medicine*. 2004; 33(5). pp: 630-635.
70. Benabarre A. Cañizares S. Cirera E. La esquizofrenia defectual un reto al abordaje terapéutico. *Revista psiquiátrica. Facultad de Medicina. BARCELONA* 2001; 28(4). pp: 229-236.
71. Tarriner, Kinney C. Humphreys L. and cols. Two-year follow up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68(5). pp: 917-922.
72. Torres Godoy y Araoz D. Uso de hipnosis en psiquiatría: desorden de estrés postraumático, apetencias, adicciones, disfunciones sexuales y otros cuadros psiquiátricos. *Revista de psiquiatría*. 1998; 15(4). pp: 173-180.
73. <http://terapiasdearte.percultural.org.pe/arcola10.htm>
74. Murrow Esther, Unikel Claudia. La musicoterapia y la terapia corporal en la rehabilitación del paciente esquizofrénico crónico. *Salud mental*. 1997; 20(3). pp:35-40.
75. Murrow Troice Esther, Sánchez Sosa Juan José. La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*. 2003; 26(4). pp: 47-58.
76. Huxley N. Rendall M, Sederer I. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J. Nervous Mental Disorders* 2000; 188. pp: 187-201.
77. Fuentes López, Emma A. La Esquizofrenia por la Psiquiatría, la Psicología y Acupuntura. Tesis Licenciatura. UNAM, ENEP. 1999.
78. http://www.omega3-homeshopping.com/spa/warum_omega3.php.
79. <http://www.calidalia.com/index.php/nutricion/content/view/full/324#1>
80. ¿Por qué necesitamos los Omega-3? La clave para entenderlo son las PROSTAGLANDINAS.
81. Lustrillo Cobos Martha. Los aminoácidos en el desarrollo físico. Escuela de Ciencias Biológicas IPN.
82. Marot Casañas Milagros. Nutrición cerebral. *Acta Médica* 2003; 11(1). pp: 26-37.
83. Ingvar Bjelland, MD; Grethe S. Tell, PhD. Folate, Vitamin B12, Homocysteine, and the MTHFR 677C". Polymorphism in Anxiety and Depression. *Archives General Psychiatry*. 2003; 60. pp: 618-626.
84. Heresco-Levy U, Javitt DC, Ermilov M and cols. Efficacy of High-Dose Glycine in the Treatment of Enduring Negative Symptoms of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* . 1999; 56(1). pp: 29-36.
85. Benítez-King G. Melatonina: del conocimiento básico a la aplicación clínica en psiquiatría. *Salud Mental* 1999; 22. pp: 57-61.
86. L. H. Storms, J. M. Clopton and C. Wright. Effects of gluten on schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*. 1982; 39(3).

87. Berro Francisco G. Guida Roxana N. Influencia de la esquizofrenia en el estado nutricional de individuo Alcmeon. Enero 2003. Disponible en: <http://www.esquizo.com>
88. Callado, L.F. y Meana, J.J. Atypical neuroleptics and substance abuse. Pharmacological basis. Trastornos adictivos. 2001; 3(2). pp: 7-18.
89. Sánchez Agudo L. y cols. Los fumadores de fondo. Arch. Bronconeumology. 2004; 40(3). pp: 57-67.
90. Pla poblador Ramón y García Batle María del Carmen. Educación Sanitaria. La atención farmacéutica en la educación sanitaria de medicamentos e información a pacientes. Combino Pharm. Barcelona. España. 2001.
91. Posada G. M. Eugenia, Maya M. Beatriz de J., Oropeza C. Ricardo y Hernández B. Cecilia. Apuntes de Farmacia Hospitalaria. Licenciatura de Química Farmacéutica Biológica. Paquete terminal de Farmacia Hospitalaria. FESC. UNAM. 1999. pp: 57-65.
92. Reixach M, Trias S, Mendieta A, Moran A, M, Pérez X. Integración de las distintas actividades de Atención Farmacéutica de la farmacia comunitaria con el reto de niveles asistenciales. Seguir Farmacoter 2004; 2 pp: 24-48.
93. Finesto Beltrán Raúl. Publicidad en medios impresos. 5ta edición. Editorial Trillas. 2003. pp: 93-11.
94. Bucio Rayas Omar. El cartel, medio de apoyo en la educación para la salud del adolescente. Tesis Licenciatura. Licenciado en Diseño Gráfico. ENAP. UNAM.
95. Corona Hernández Claudia Leticia. Educación y salud mental: Un área de intervención de trabajo social en el nivel medio superior de la educación formal. Tesis Licenciatura. Licenciado en Trabajo Social. ENTS. UNAM. 2004.
96. Gómez Tato Isauro. Atención socio-sanitaria y atención mental. Rev. Adm. Sanit. 2005; 3(2). pp: 273-286.
97. Karina de la Cruz Tapia. Educación Sanitaria sobre diabetes Mellitus Experiencia Clínica. Tesis de Licenciatura Químico Farmacéutico Biólogo. UNAM. FESC. 2005.
98. Roquet García Guillermo. El Cartel en la Educación. Universidad Nacional Autónoma de México. D.F. México.
99. Ludlow Ron, Panton Fergus. La esencia de la comunicación. Hispanoamericana, México. 1997. pp: 83-109.
100. <http://www.uclm.es/profesorado/ricardo/Cartel.htm>
101. Cortez Vázquez Angélica Blanca. Evaluación de las actitudes de familiares de pacientes con esquizofrenia crónica. Tesis de Licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología. México. 2002.
102. Sánchez MV. Maestre. Actividad clínica del farmacéutico comunitario sobre pacientes en régimen ambulatorio. Seguir. Farmacoter. 2004;2(1) pp: 24.
103. Cervantes Tablada Hugo R. y cols. Costo de la esquizofrenia y su relación con la psiquiatría comunitaria. Medisan. 1998;2(4). pp: 26-30.
104. Blanco D. Servando. Breve comentario sobre esquizofrenia y los fármacos usados en ella. Edit. e-libro.net. Buenos Aires Argentina. 2003 pp: 27.

105. Aquila M.D. Ralph and Emanuel R. N. Marianne. Interventions for weight gain in adult treated with novel antipsychotics. *Journal clinical Psychiatry* 2001; 2(1). pp: 20-23.
106. J.Grenhalgh and Col. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modelling studies. *Health the Technology Assesment*. 2005; 9(9). pp: 4.
107. Osser, M.D. David N. Diagrama Algorítmico para la Farmacoterapia de la Esquizofrenia. *Mental Health*. 2004. Disponible en: <http://www.mhc.com/Algorithms/flowchar.htm>
108. Esquizofrenia abre sus puertas. Información sobre la esquizofrenia relevante para el desarrollo del Programa. Volumen II. Garnica Rodrigo. Esquizofrenia "Guía para los familiares del paciente"
109. Editorial Piensa. México. 1998. pp: 65-75.
110. Luengo López Miguel A. Comprender la esquizofrenia "Guía psicoeducativa". 1ª edición. Editorial Generalitat. Valencia. España. 2000. pp: 103-12.

ANEXO 1.1 Encuesta aplicada a los asistentes de la sesión educativa

INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA COMUNIDAD

Se solicita su valiosa colaboración para contestar las siguientes preguntas de una investigación que consta de tres partes:

- La 1ª está formada por datos demográficos de la persona que este contestando, las cuales son únicamente para fines estadísticos.
- La 2ª constituye su punto de vista acerca de la información recibida.
- La 3ª consta la atención recibida.

No se requiere de su identificación personal, solamente conteste con absoluta sinceridad.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad ___

Favor de contestar con una "X"

2. Sexo: Femenino ___ Masculino ___

3. Último grado de estudio

Primaria	___	Maestría	___
Secundaria	___	Ninguno	___
Preparatoria	___	Licenciatura	___

4. ¿Sabes qué es esquizofrenia?

Si ___ No ___

5. ¿Conoces a un familiar o amigo(a) que padezca esta enfermedad?

Si ___ No ___

5. ¿Has escuchado antes el término esquizofrenia?

Si ___ No ___

7. ¿Crees estar bien informado acerca del padecimiento?

Si ___ No ___

8. ¿Crees que el tema esquizofrenia es interesante?

Si ___

No ___

9. ¿Cómo consideras las condiciones de un Hospital psiquiátrico?

Buenas ___

Malas ___

Regulares ___

No sé ___

II. INFORMACIÓN DEL EDUCADOR

10. El ponente mostró:

a) Conocimiento suficiente del tema ___

b) Conocimiento insuficiente del tema ___

11. El contenido del tema se expuso:

a) De forma clara y precisa ___

b) De manera confusa ___

c) De manera deficiente ___

III. APRENDIZAJE

12. Esquizofrenia es:

a) Enfermedad mental ___

b) Enfermedad transmisible ___

c) No sé ___

13. Uno de los tratamientos de la esquizofrenia es:

a) Antipsicóticos y Psicológicos ___

b) Antidepresivos y Psicológicos ___

c) Antiepilépticos y Psicológicos ___

d) No sé ___

14. ¿La esquizofrenia es curable?

- a) Si
- b) No
- c) No sé

15. Uno de los factores que origina la enfermedad esquizofrenia es

- a) Herencia
- b) Accidentes
- c) No sé

COMENTARIOS

Gracias por su atención.

ANEXO 1.2 Encuesta aplicada a los familiares o amigos del paciente con esquizofrenia

INFORMACIÓN RELACIONADA CON FAMILIARES O AMIGOS

Se solicita su valiosa colaboración para contestar las siguientes preguntas de una investigación que consta de dos partes: la 1ª está formada por datos demográficos de quien contesta el cuestionario, las cuales son únicamente para fines estadísticos y la 2ª consta de una serie de cuestionamiento.

No se requiere de su identificación personal, solamente conteste con absoluta sinceridad

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad ____

Favor de contestar con una "X"

2. Sexo: Femenino ____ Masculino ____

3. Último grado de estudio

Primaria ____ Secundaria ____
Preparatoria ____ Licenciatura ____
Maestría ____ Ninguno ____

4. Ocupación Familiar

Hogar ____ Jubilado ____ Estudiante ____
Subempleo ____ Empleado ____ Profesión ____
Obrero ____ Comercio ____ Ninguno ____

5. Parentesco del paciente

Padre ____ Madre ____ Otro ____
Hermano(a) ____ Sobrino ____
Tío ____ Esposo(a) ____
Hijo(a) ____ Abuelo(a) ____

6. ¿Cuál es la enfermedad del paciente?

Neurosis ____ Psicótico ____
Esquizofrenia ____ Daño orgánico ____
Disfunción cerebral ____ Nervios ____
Trastorno bipolar ____ No sé ____

II. CUESTIONARIO

Favor de contestar **subrayando** la respuesta

7. ¿Sabe usted la definición de esquizofrenia?

a)Si

b)No

8. ¿Cómo te imaginas las condiciones y el tratamiento de un Hospital psiquiátrico?

a)Buenas

b)Malas

c)Regulares

d)No sé

9. ¿Has colaborado en el tratamiento de la persona con esquizofrenia?

a)Si

b)No

c)A veces

10. ¿Sabes el tratamiento que se le da a la persona con esquizofrenia?

a)Si

b)No

11. ¿Sabes cuales son los medicamentos que toma la persona con esquizofrenia?

a)Si

b)No

12. ¿Cumple adecuadamente el tratamiento la persona?

a)Si

b)No

c)No sé

13. ¿Sabes qué problemas o efectos secundarios les puede causar los medicamentos que recibe?

a)Si

b)No

14. ¿Crees que la hospitalización sea lo más conveniente y seguro para el paciente?

a)Si

b)No

15. ¿Es necesario que alguno de la familia se haga especialmente cargo del paciente en cuanto a su medicamento?

a)Si

b)No

16. ¿Cree conveniente visitar a un farmacéutico para estar informado?

a)Si

b)No

16. ¿Ha visto que los medicamentos le producen molestias muy desagradables y es por eso que no se los toma?

a)Si

b)No

17. ¿Sabe el momento cuando debe consultar a un especialista el paciente y usted?

a)Si

b)No

Gracias por su atención.

ANEXO 1.3 Encuesta aplicada al paciente con esquizofrenia

INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PACIENTE

Se solicita su valiosa colaboración para contestar las siguientes preguntas. No se requiere de su identificación personal, solamente conteste con absoluta sinceridad.

I DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad ____

Favor de contestar con una "X"

2. **Sexo:** Femenino__ Masculino__

3. **Último grado de estudio**

Primaria ____ Preparatoria ____ Maestría ____
Secundaria ____ Licenciatura ____ Ninguno ____

4. **Ocupación Familiar**

Hogar ____ Jubilado ____ Obrero ____
Estudiante ____ Subempleo ____ Comercio ____
Empleado ____ Profesión ____ Ninguno ____

II CUESTIONARIO

5. **¿Sabes qué es la esquizofrenia?**

Si ____ No ____

6. **¿Crees estar bien informado acerca del tema?**

Si ____ No ____

7. **¿A tu criterio ¿Cómo son los tratos y condiciones de un Hospital?**

Buenos ____ Malos ____ Regulares ____

8. **¿Si el médico te diagnosticó esquizofrenia ¿Sabes cuál es tu tratamiento?**

Si ____ No ____

9. ¿Sabes para qué sirven los medicamentos que tomas?

Si ___

No ___

10. ¿Tomas tu medicamento a la hora correcta?

Si ___

No ___

11. ¿Alguna vez has dejado de tomar tu medicamento?

Si ___

No ___

12. ¿Quiénes te apoyan en tu tratamiento?

Padres	___	Otros	___
Hermanos	___	Abuelos	___
Hijos	___	Ninguno	___
Tíos	___		

13. ¿Consideras que es conveniente que asistas algún grupo de apoyo para tratar tu enfermedad?

Si ___

No ___

Gracias por su atención.

ANEXO 2

CENTROS DE APOYO

- ❖ AFAPE Distrito Federal
Tuxpan 46, Desp. 302
Col. Roma C.P. 06760
Delegación Cuauhtémoc, México D.F.

- ❖ Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares y sus Grupos de Apoyo.
Insurgentes Sur 594 - 402.
Col. del Valle 03100 México D.F.

- ❖ Asociación Mexicana para el Estudio de las Enfermedades Neurodegenerativas y Plasticidad Cerebral A. C.
Centro de Investigación y Estudios Avanzados (CINVESTAV)
Av. Instituto Politécnico Nacional No. 2508.
C.P. 07360.Col. San Pedro Zacatenco, México D.F.

- ❖ Casa de Protección Social No. 4 Cuemanco.
Hospitales o Sanatorios del Sector Salud
Canal Nacional S/N Esq. Calzada del Hueso.
Col. Villa Quietud. México D.F.

- ❖ Centro de Atención Toxicológico (DDF)
Prolongación División del Norte S/N Esq. Av. México.
San Marcos Xochimilco, D.F.

- ❖ Centro Comunitario de Salud Mental “ Iztapalapa”
Del. Iztapalapa D.F.

- ❖ Centro Comunitario de Salud Mental “ Zacatenco”
Del. Gustavo A. Madero. D.F.

- ❖ Centro Comunitario de Salud Mental “Cuauhtémoc”
Del. Cuauhtémoc. D.F.

- ❖ Centro de Día “Francisco Espinoza”
Fondo de Apoyo para la Enfermedad de Alzheimer.
Franz Hals No. 119
Col. Alfonso XIII, Mixcoac, D.F.

- ❖ Centro de Psiquiatría Social y Salud Mental.
Enrique González Martínez No.13

Col. Santa María la Rivera. México, D.F.

- ❖ Clínica 10, Instituto Mexicano del Seguro Social
Calzada de Tlalpan 931.
Col. Niños Héroes de Chapultepec, México D.F.
- ❖ Clínica de Salud Mental
Departamento de Psicología Médica Psiquiatría y Salud Mental.
Facultad de Medicina UNAM.
Circuito Interior y Cerro del Agua.
AP No. 70167 Ciudad Universitaria, D.F:
C.P. 04510, México D.F.
- ❖ Consejo Nacional Contra las Adicciones
Aniceto Ortega 132, 7º Piso.
Col. del Valle, México D.F.
- ❖ Clínica de neurología y Psiquiatría. ISSSTE
Prolongación Guerrero 346
Unidad Nonoalco Tlatelolco
C.P. 06300, México D.F.
- ❖ Dirección General de Protección Social.
Calzada México Tacuba No. 235
Col. Popotla, México D.F.
- ❖ Grupo de Apoyo Instituto nacional de Neurología “Manuel Velazco Suárez”
Insurgentes Sur No. 3877
Col. La Fama México D.F.
- ❖ Grupo de auto – Ayuda “Echegaray”
Asociación de Colonos Echegaray
Tercer martes de cada Mes 6:30 pm.
- ❖ Grupo de Apoyo del Instituto nacional de Salud Mental
Clínica de Envejecimiento.
Periférico Sur No. 2905.
Col. San Jerónimo Lidice. Magdalena Contreras, México D.F.
- ❖ Hospital Campestre “Samuel Ramírez Moreno” (Hombres)
Carretera México Puebla
Sta. Catarina Tláhuac, México D.F.

- ❖ Hospital Central Militar
Secretaría de la Defensa Nacional.
Av. Ejército Nacional S/N y Periférico
Col. Lomas de Sotelo.
C.P. 11649, México D.F.

- ❖ Hospital de Urgencias Balbuena. Módulo de Toxicología.
Av. Cecilio Robelo y Sur No. 103
Col. Jardín Balbuena. México D.F.

- ❖ Hospital General de la Villa
Módulo de Toxicología
Calzada San Juan de Aragón No. 285
Col. Granjas Modernas, México D.F.

- ❖ Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
Av. San Buenaventura S/N y Niño de Jesús
C.P. 14000, Tlalpan, México D.F.

- ❖ Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” (Mixto)
Calle San Buenaventura No. 81
Col. Belisario Domínguez, México D.F.

- ❖ Hospital Psiquiátrico del IMSS “San Fernando”
Av. San Fernando No. 201
Tlalpan, México D.F.

- ❖ Hospital Psiquiátrico del IMSS “San Juan de Aragón”
Calzada San Juan de Aragón No. 311
C.P. 07480 Col. San Pedro El Chico, México D.F.

- ❖ Hospital de Urgencias del Xoco.
Módulo de Toxicología
Eje 1 poniente Esq. Bruno Traven
México D.F.

- ❖ Hospital de Urgencias “Cuauhtémoc”
Camino a Cuauhtémoc y Emiliano Zapata.
Col. Escolar Oriente, México D.F.

- ❖ Instituto de la Familia A.C.
Jalisco No. 8 Esq. Periférico Tizapán.
C.P. 01080 México D.F.

- ❖ Instituto Mexicano de Psiquiatría
Calzada México - Xochimilco No. 101
C.P. 14270 Tlalpan, México D.F.

PARTICULARES

- ❖ Clínica Florida
Ixtaccíhuatl No. 180
Col. Florida, México D.F.
- ❖ Clínica San Rafael
Insurgentes Sur No. 4177, esq. Santa Úrsula Xitla.
Col. Sta. Úrsula Xitla.
- ❖ Centro de Apoyo de Personas Extraviadas y Ausentes
Dr. Carmona y Valle No. 54 2º Piso.
- ❖ Centro de Protección Social “Benito Juárez”
Cerrada san Miguel S/N Esq. Giotto.
México D.F.
- ❖ Sanatorio Español
Av. Ejercito nacional No. 617-1003
C.P. 11520 Col. Granada Pabellón 9, México D.F.

PROVINCIA

AGUASCALIENTES

- ❖ AFAPE Aguascalientes

Ret. de la Bufa No. 103
Lomas de Campestre
C.P. 20129 Aguascalientes, Ags.
- ❖ Centro de Neuropsiquiatría “Dr. Javier Aguayo Leyte”
Secretaria de Salud
Km. 4.2 Carretera a la cantera
C.P. 20208 Aguascalientes, Ags.

BAJA CALIFORNIA

- ❖ Instituto nacional de Salud Mental Mexicali
DIF Estatal

Río Papaloapan y Calle 11, Fracc. Nuevo Mexicali
C.P. 21390 Mexicali B.C.

- ❖ Hospital psiquiátrico de Tijuana
DIF Municipal
Vía Rápida Poniente No. 1671 y Puente de las Américas.
Col. 20 de noviembre. Tijuana B.C.

BAJA CALIFORNIA SUR

- ❖ Secretaría de Salud
Km. 11.5 Carretera al Norte, Ejido Chametla.
C.P. 23000 La Paz B.C.S.
- ❖ Hospital General “Juan Ma. de Salvatierra”
Secretaría de Salud.
Nicolás Bravo y Lic. Verdad. Centro
C.P. 2300 La Paz B.C.S.

CAMPECHE

- ❖ Hospital Psiquiátrico “Dr. Manuel Campo”
Gobierno del Estado
Carretera Campeche – Hampolol Km. 26.5
San Francisco Koben, Camp.

COAHUILA

- ❖ Hospital Psiquiátrico de Saltillo
Secretaría de Salud
Madero No. 1251. Esq. Murgía, Col. Centro
C.P. 25000, Saltillo Coah.
- ❖ Granja Psiquiátrica “Parras de la Fuente”
Secretaría de Salud
Nicolás Bravo No. 1 Esq. Matamoros
C.P. Parras de la Fuente, Coah.

COLIMA

- ❖ Hospital General Unidad de Psiquiatría “Ixtlahuacan”
Secretaría de Salud
Calle Zaragoza S/N
C.P. 28700, Ixtlahuacan, Colima.

CHIAPAS

- ❖ Casa Hogar para Enfermos Mentales “San Agustín” DIF
Km. 8.5 Carretera Tuxtla Gutiérrez – Villa Flores, Chiapas
C.P. 29007, Tuxtla Gutiérrez, Chis.

CHIHUAHUA

- ❖ Hospital Psiquiátrico de Chihuahua
Secretaría de Salud
Km. 6.5 Carretera a Cuauhtémoc AP. No. 49
C.P. 31020, Chihuahua, Chih.
- ❖ Hospital Psiquiátrico Civil “Libertad”
Secretaría de Salud
I. Alatorre 870. Col. Chareña
C.P. 32000 Ciudad Juárez, Chih.

DURANGO

- ❖ Hospital Psiquiátrico “Dr. Manuel Valle Bueno”
Secretaría de Salud
Poblado Conocido 20 de Noviembre. AP. 4-036
C.P. 34304, Col. 20 de Nov. Durango, Dgo.
- ❖ Centro Psiquiátrico de la Laguna
Hospital Privado
Boulevard Miguel Alemán No. 905

ESTADO DE MÉXICO

- ❖ Hospital Granja “La Salud”
Carretera México – Puebla Km. 33.5
Zoquiapan, Edo. de México.
- ❖ Hospital Psiquiátrico Campestre “José Sayago”
Secretaría de Salud
Km. 33.5 Carretera Federal México – Pirámides.
C.P. 55885 Tepexpan, Edo. de Méx.
- ❖ Hospital Psiquiátrico Campestre “Dr. Adolfo N. Nieto”
Secretaría de Salud
Km. 33 55885 Tepexpan, Edo. de Méx.

- ❖ Hospital Psiquiátrico “Granja la Salud Tlazoleotl”
Secretaría de Salud
Km. 33.5 Carretera Federal a Puebla AP. 4
C.P. 56530, Zoquiapan, Edo. de México.

GUANAJUATO

- ❖ AFAPE León Guanajuato
Hernández Álvarez No. 343
Zona Centro
C.P. 37000 León. Guanajuato.
- ❖ Granja de Recuperación para Enfermos Mentales Pacíficos “San Pedro del Monte”
Secretaría de Salud
Carretera Antigua a San Francisco del Rincón AP. 271.
C.P. 36000, León Gto.

HIDALGO

- ❖ Hospital Psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza”
Secretaría de Salud
Km. 62.5 Carretera México – Pachuca
C.P. 43870, Pachuca Hgo.

JALISCO

- ❖ AFAPE Guadalajara
Mar Tirreno No. 2125
Col. Country Club
C.P. 44610, Guadalajara, Jal.
- ❖ Hospital Psiquiátrico de Jalisco
Secretaría de Salud
Km. 17.5 Antigua Carretera a Chapala
El Zapote del Valle
C.P. 45640, Tlajomulco de Zúñiga, Guadalajara Jal.
- ❖ Servicio de Psiquiatría Antiguo Hospital Civil
Calle Hospital No. 278
C.P. 44280 Guadalajara Jal.
- ❖ Hospital psiquiátrico “San Juan de Dios”
Av. Laureles No. 55
C.P. 45150, Zapopan, Jalisco.

MICHOACÁN

- ❖ Hospital psiquiátrico “Dr. José Torres”
Secretaría de Salud
Luis Pasteur S/N
Col. Ocolusen C.P. 58279 Morelia Mich.
- ❖ Centro Estatal de Salud Mental “Comunidad Terapéutica”
DIF
Km. 6.5 Carretera a Salamanca AP. S/G
C.P. 58000 Morelia, Mich.
- ❖ Hospital de Nuestra Señora de la Salud
Hospital Privado
Zaragoza No. 276. Col. Centro.
C.P. 58000 Morelia Mich.
- ❖ Clínica “Tapia”
Hospital Privado
Gobernador Mariano Jiménez No. 406
Col. Nueva Chapultepec
C.P. 5826, Morelia, Mich.

MORELOS

- ❖ Ingenium Morelos “Voz pro Salud Mental”
Av. Palmira 51. Col Hidalgo
Cuernavaca Morelos.

NAYARIT

- ❖ Centro Terapéutico Estado de Nayarit
Blvd. Tepic – Jalisco No. 346. Col Miravalles
C.P. 63184 Tepic. Nay.

NUEVO LEÓN

- ❖ Hospital Psiquiátrico de Monterrey
Capitán Mariano Azueta No. 680
Col. Buenos Aires
C.P. 648000 Monterrey N.L.
- ❖ Hospital Regional de Especialidad No. 22
IMSS

- ❖ Hospital Psiquiátrico de Monterrey, S.A.
Hospital Privado
Colegio Civil No. 133 Sur, Col Centro.
C.P. 64000 Monterrey N.L.

OAXACA

- ❖ Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur”
Km. 18.5 Carretera Oaxaca – Puerto escondido
Reyes Mantecón, Zimatlán
C.P. 68000, Oaxaca, Oax.

PUEBLA

- ❖ Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” (El Batán)
Secretaría de Salud
Km. 7.5 Carretera Puebla – Valsequillo, El Batán
C.P. 72000 Puebla, Pue.

- ❖ Sanatorio Psiquiátrico “Nuestra Señora de Guadalupe”
Hospital Privado
Prolongación Morelos S/N, Col. San Andrés Cholula
C.P. 72760, Cholula, Puebla.

SAN LUIS POTOSÍ

- ❖ AFAPE San Luis Potosí
Sierra Tarahumara No. 149
Lomas 3ª Sección

- ❖ Clínica Psiquiátrica “Vicente Chico Sein”
Gobierno del Estado
Km. 8.5 Carretera a Matehuala
Antiguo Camino de Golf AP. No. 84
C.P. 78430 Soledad de Graciano Sánchez S.L.P.

SINALOA

- ❖ Centro Comunitario para la Atención de la Juventud A.C. “Diez mil Amigos”
Hospital Privado
Las Quintas, Av. El Dorado No. 1370
Prolongación Malecón.
C.P. 800 Culiacán, Son.

SONORA

- ❖ Hospital Psiquiátrico “Dr. Carlos Nava Muñoz”
Secretaría de Salud
Prolongación Pino Suárez No. 182 Sur,
C.P. 83000 Col. Centro Hermosillo, Son.
- ❖ Unidad de Desintoxicación “UNIDES”
Secretaría de Salud
Domicilio conocido
C.P. 84200 Agua Prieta, Son.

TABASCO

- ❖ Hospital Psiquiátrico de Villahermosa
Secretaría de Salud
Calle Mendoza Ramón S/N, Col. Tierra Colorada
Zona Asistencial.
C.P. 86010, Villahermosa, Tabasco

TAMAULIPAS

- ❖ Hospital Psiquiátrico de Tampico
Secretaría de Salud
Av. Ejército Mexicano No. 1403
C.P. 89300, Tampico, Tamps.
- ❖ Clínica Psicomédica “San Roque”
Hospital Privado
Ocampo No. 2917
C.P. 880000, Nuevo Laredo Tamps.

VERACRUZ

- ❖ AFAPE Veracruz
Bernal Díaz del Castillo No. 122
Col. Revolución
Boca del Río Veracruz.
- ❖ Hospital Psiquiátrico “Dr. Víctor M. Concha Vázquez”
Secretaría de Salud
Sur 23 S/N Plaza de la Concordia, Centro
C.P. 94300, Orizaba, Ver.

- ❖ Hospital de Especialidades “Dr. Miguel Dorantes Meza”
Secretaría de Salud
Calle Dr. Miguel Dorantes Meza S/N
C.P. 91130, Jalapa, Ver.

- ❖ Instituto Psiquiátrico Veracruzano, S.C.
Hospital Privado
Av. Urano Lotes 3 y 4
Col. Granjas Los Pinos.
C.P. 94300 Orizaba, Ver.

- ❖ Clínica Psiquiátrica “Citlaltépetl”
Hospital Privado
Norte No. 38 Col. Citlaltépetl
C.P. 94300, Orizaba, Ver.

YUCATÁN

- ❖ Hospital Psiquiátrico de Yucatán
Gobierno del Estado
Calle 59 X 116, Col. Francisco I. Madero
C.P. 97230, Mérida Yucatán

ZACATECAS

- ❖ Sanatorio Santa Fé
Hospital Privado
Calle Hidalgo No. 47 Col. Tecualeche.
C.P. 98600, Guadalupe, Zacatecas.

ANEXO 3

INICIATIVAS LEGISLATIVAS Y POLÍTICAS

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA MEDICO-PSIQUIÁTRICA

Para reducir la discriminación de la esquizofrenia es importante promover acciones sociales y legales. En algunos países, las medidas legislativas y las sentencias e los tribunales han ayudado considerablemente a reducir la discriminación e las personas que padecen una enfermedad mental.^{104,105}

A continuación se expone, desde el prisma jurídico, el lugar que se reconoce al enfermo mental en sus aspectos civil, penal y laboral.

Consta de 14 apartados más importantes para el interés del paciente con esquizofrenia y su familia, algunos de orden técnico y administrativo.

Apartados:

1.- Objetivo

1.1 Informar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las Unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez.

2.- Campo de aplicación

2.1 Es de aplicación obligatoria en todas las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, de los sectores público, social y privado del país que conforman el Sistema Nacional de Salud

3.- Referencias (antecedentes)

4.- Definiciones

4.1 Los establecimientos de salud que disponen de camas, y cuya función esencial es la atención integral de usuarios que padezcan de un trastorno mental.

5.- Disposiciones generales

5.1 Las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médica psiquiátrica llevan a cabo las siguientes actividades: Preventivas, curativas, rehabilitación enseñanza y capacitación e investigación científica.

5.2 Para ofrecer atención médica de calidad a los usuarios, las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, deben contar con los siguientes elementos: Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones, Recursos humanos suficientes en número y capacidad técnica, ambiente cordial, servicios de urgencias, consulta externa, rehabilitación psicosocial, programa general de Trabajo.

5.3 Las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar, según sea el caso y considerando sus características, con las instalaciones específicas necesarias para dar atención a los usuarios, de acuerdo a las siguientes categorías: Con episodio agudo, de larga duración, hombres, mujeres, niños, adolescentes, adultos, ancianos

6.- El ingreso de los usuarios a las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrá ser: voluntario, involuntario u obligatorio. La legislación actual en materia de internamiento dice: “El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que por razones de urgencia hiciesen necesaria la adopción de tal medida, de la que se dará cuenta al juez y en todo caso dentro del plazo de 24 horas. El juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen del facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos previstos en el artículo 203.”

6.1 Voluntario. Es aquel aceptado por la persona que va a ingresar. En general, esto permite que tras ser valorado por su terapeuta, el paciente acuda a la Unidad de internamiento o al Servicio de urgencia del Hospital con el informe clínico de internamiento, o habiéndose comunicado a la unidad por parte del equipo de Salud mental que se va a producir dicho ingreso. Puede ocurrir que, si se trata de una urgencia fuera de horas laborables del equipo de Salud Mental, el paciente acepte acudir al servicio de urgencias en donde el psiquiatra de guardia valorará la conveniencia de su internamiento. Este tipo de ingreso en el que el propio paciente firma su voluntad para ser ingresado, supone que puede en cualquier momento solicitar el alta voluntaria del Hospital y por lo tanto salir del mismo. Sólo en caso de que el paciente durante su estancia sufra una crisis que anule su libertad de obrar, el médico o el equipo que le atiende puede retenerle en el centro, debiendo comunicar al juez ésta decisión en el plazo de 24 horas.

6.2 Involuntario. El paciente se niega a ser ingresado, haciendo inútiles todos los intentos de la familia y del equipo por convencerle, por lo que la única solución posible es realizar el ingreso contra su voluntad. Existen aquí dos formas de ingreso involuntario:

Urgente. Se produce cuando no es posible aplazar el internamiento, por la necesidad inmediata de llevarse a cabo. En este caso no se hace necesaria la intervención del juez que autorice el internamiento, si bien debe informarse del mismo en las primeras 24 horas.

No urgente. Este tipo de ingreso no deseado por el paciente, debe realizarse con la autorización judicial. Hay que recalcar que dicha autorización permite el ingreso, pero no obliga a él; esto quiere decir que una vez autorizado puede ser rechazado dicho ingreso por los servicios médicos si éstos no lo consideran oportuno.

Puede existir la orden judicial de internamiento, que obliga al mismo, pero ésta debe venir por la vía penal con la existencia de un delito anterior.

Los problemas se plantean, no tanto con la orden de internamiento, sino con el acto del traslado. Por una parte los servicios sanitarios no pueden ni siquiera entrar en el domicilio si el paciente se niega y mucho menos recurrir a sedarle o inmovilizarle en caso de fuerte agresividad; por otra, las fuerzas de seguridad manifiestan en muchas ocasiones que de no existir un delito, no pueden intervenir por lo que habrá que reclamar al juzgado la actuación de la policía o al menos el que ésta esté presente por si fuera necesario su intervención.

En caso de extrema urgencia y sin necesidad de la intervención judicial, se puede y debe intentar su internamiento aunque para llevarlo a cabo se deba entrar en su domicilio sin autorización o sean necesarias medidas de contención, pudiendo el médico si fuera necesario requerir la intervención de las fuerzas de orden público, las cuales tienen la obligación de cooperar. Posteriormente se dará cuenta al juez de las actuaciones realizadas como salvaguarda de los derechos del paciente.

Lo ideal es que no sean necesarios los ingresos, que siempre son procesos traumáticos para la persona, y si fueran necesarios recurrir por todos los medios a que el paciente lo acepte como un mal menor, que se va a utilizar en el más corto tiempo posible y sin perder el contacto con la familia, ni tampoco con el terapeuta habitual que deberá estar informado de cómo transcurre el mismo.

Se le debe hacer ver la necesidad y conveniencia del internamiento, que su ingreso no es algo que nadie desee, pero que la situación por su gravedad no se puede mantener. Se puede negociar con el paciente, si el cuadro lo

permite y el terapeuta está de acuerdo, un último intento de mejorar la situación, que acepte el tratamiento que requiera y solo si la evolución no es buena recurrir al internamiento; esto en ocasiones con personas que se niegan a ser tratadas da resultado y podemos evitar su ingreso. Cada persona es un mundo muy diverso y habrá que valorar en cada caso cual es el mejor camino a seguir, de ahí lo importante de una buena relación entre la familia y el equipo.

- 7.- El internamiento como medida terapéutica psiquiátrica, quedará al cuidado y vigilancia de personal calificado, en todo momento tendrá:

7.1 Confidencialidad en el manejo del diagnóstico y de la información, alimentación con características higiénicas, nutritivas y dietéticas, ambiente que promueva la participación activa del usuario en su tratamiento, relación del personal con los usuarios basada en el respeto a su persona y sus pertenencias, servicio de quejas y sugerencias para usuarios y familiares, participación de la familia y la comunidad en el proceso de atención a los usuarios.

- 8.- Actividades preventivas

8.1 Las actividades preventivas se llevan a cabo en espacios intra y extrahospitalarios; dentro de una unidad se efectuarán en la consulta externa, hospitalización continua y parcial; así como en la comunidad; comprendiendo las siguientes acciones: educación y promoción para la salud mental, detección, manejo oportuno información y educación de casos en la comunidad, familiares y personas relacionadas con el paciente para prestarles atención que requieren así como tratamiento y rehabilitación, promoción y facilitación para la integración de grupos con fines de autoayuda.

- 9.- Actividades curativas

9.1 Refiere a todas las actividades que lleva a cabo el personal médico en un servicio u hospital psiquiátrico: apertura de expediente, Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización continua, Hospitalización parcial en sus diferentes modalidades, examen clínico, elaboración de historia clínica, solicitud de exámenes de laboratorio y rayos x, etc. Carece de importancia familiar, con tal que este observe resultados positivos en su enfermo.

- 10.- Actividades de rehabilitación psicosocial

10.1 La rehabilitación integral es un conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo que le permite superar o disminuir desventajas en los

principales aspectos de su vida diaria, intentando rehabilitar y entrenar a estos pacientes en la recuperación de atención, percepción, memoria, comunicación, adquisición de habilidades sociales, resolución de problemas, autonomía personal, relación con el núcleo familiar, compromiso con el tratamiento y control del mismo, talleres de plástica, programas de búsqueda de trabajo, todo ello supervisado por personal de asistencia.

11.- Derechos humanos de los usuarios

11.1 Dentro de un hospital psiquiátrico el usuario tiene derecho a: Recibir un buen trato, no ser calificado como enfermo mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales religiosas, etc. Tener un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice las condiciones de alimentación, agua para bañarse, colchón, cobijas, atención médica profesional, medicamentos, ropa limpia, y espacio seguro para sus pertenencias. Solicitar reuniones con su médico, demandar por abuso físico, moral y/o psicológico a la persona que lo cometa. Salir a la comunidad en intervalos regulares y frecuentes bajo autorización médica, tener posibilidades para sociabilizar con personas del sexo opuesto, practicar la religión que desee, enviar y recibir correspondencia cerrada, tener acceso al teléfono, hacer y recibir llamadas, pedir revisión y ser informado de su caso, recibir educación y capacitación, trabajar y recibir la renumeración correspondiente, a ser referido a un programa comunitario y a recibir visita conyugal.

12.- Obligaciones del personal de las unidades de atención integral médico-psiquiátrica

12.1. El personal de las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deberá tratar al usuario en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona, de acuerdo con lo señalado por los ordenamientos en la materia, nacionales e internacionales ratificados por nuestro país.

Los apartados: Enseñanza, capacitación e investigación científica, concordancia con normas internacionales, apéndices informativos, bibliografía y observancia de la norma no son considerados de interés para los fines de apéndice.¹⁰⁵

CONDICIÓN LEGAL DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

A continuación se muestran algunos artículos que son referidos a la condición jurídica de los pacientes psiquiátricos, sin embargo es recomendable consultar a un abogado ante cualquier pregunta.^{104,105}

Código Civil

Artículo 450:

Tiene incapacidad natural y legal:

Los menores de edad, los mayores de edad disminuidos y perturbados en su inteligencia, aunque tengan intervalos lúcidos; y aquellos que padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial o por la adicción de algunas sustancias tóxicas como el alcohol, psicotropos o estupefacientes; siempre debido a la limitación o a la interacción en la inteligencia que estos les provoque no puedan gobernarse y obligarse por sí mismos, o manifestar su voluntad por algún medio.

Artículo 662

Pueden testar todos aquellos a quienes la ley no se lo prohíbe expresamente

Artículo 663

Están incapacitados para testar, el que habitualmente o accidentalmente no se hallare en su cabal juicio.

Ambos artículos tratan de decir, que para apreciar la capacidad de testar se atenderá al estado en que esté, en el momento de ir a realizar testamento.

Si la persona con un trastorno esquizofrénico se encuentra incapacitada, legalmente no podrá testar, si lo hace carece de validez.

En procesos graves como una esquizofrenia activa con notables alteraciones, se supone que existe trastorno de la capacidad de entender y querer, no podrá realizar testamento ni tan siquiera ser testigo del mismo. Si las alteraciones que en ese momento existen son menores, si la persona es capaz de darse cuenta de la repercusión de sus actos y de los motivos por los que toma esas decisiones, el testamento será válido.

Código penal

Artículo 15:

VII. Estados específicos de inconsciencia.

Al momento de realizar el hecho típico el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquel o de conducirse de acuerdo con esta comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiera provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o fuera previsible.

Artículo 67:

Reglas para el tratamiento de los imputables.

En estos casos el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o libertad, previo procedimiento correspondiente. Si se trata de internamiento, el sujeto podrá ser internado en la institución correspondiente para su tratamiento. En caso del que el sentenciado tenga el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotropos, el juez ordenará también el tratamiento que proceda, por parte de la autoridad sanitaria competente o de otro servicio médico bajo la supervisión de aquella, independientemente de la ejecución de la pena impuesta por el delito cometido.

Artículo 68:

Reglas sobre imputables.

Estas personas podrán ser entregadas a la autoridad judicial o ejecutora en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos(as), siempre que se obliguen a tomar medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia, garantizando, por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades, el cumplimiento de las obligaciones encargadas.

La autoridad ejecutora podrá resolver sobre la modificación o conclusión de la medida, en forma provisional o definitiva, considerando las necesidades del tratamiento, las que se acreditarán mediante revisiones periódicas, con la frecuencia y características del caso.

Artículo 69:

Duración de la medida del tratamiento.

En ningún caso la medida del tratamiento impuesta por el juez penal, excederá de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito, si concluido el tiempo la autoridad ejecutora considera que el sujeto continua necesitando el tratamiento, lo pondrá a disposición de las autoridades sanitarias para que procedan conforme a las leyes aplicables.

Artículo 69 Bis:

Penalidad atenuada en el caso de la fracción VII del artículo 15 o medida de seguridad en los términos del 67.

Si la capacidad del autor, de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, solo se encuentra disminuida por las causas señaladas en la fracción VII del artículo 15 de este código, a juicio del juzgador, según proceda, se le impondrá hasta dos terceras partes de la pena que correspondería al delito cometido, o a la medida de seguridad a que se refiere el artículo 67 o bien ambas, en caso de ser necesario, tomando en cuenta el grado de afectación de la imputabilidad del autor.

Prestaciones económicas

Cuando nunca ha trabajado.

Existen lo que se denominan pensiones no contributivas, que se dan a aquellas personas que no han trabajado nunca, o no tienen el periodo mínimo cotizado a la Seguridad Social, careciendo de unos ingresos mínimos establecidos por ley. Para que una persona de estas características tenga derecho a ese tipo de ayudas debe cumplir estos requisitos:

- a.- Valoración de su enfermedad realizada por el Centro de Orientación y Diagnóstico y que la comisión determine un grado de incapacidad superior al 65%, ya que un grado inferior a ese no da derecho a percibir ninguna ayuda de este tipo.
- b.- Que la suma de los ingresos totales de la unidad familiar, no supere un tope máximo calculado según el número de miembros que la compone, este tope se revisa cada año.
- c.- Habrá que justificar con el certificado de empadronamiento la residencia, así como situación laboral de los miembros de la familia o existencia de propiedades de los mismos. Cuando la persona tiene más de 65 años, y ha residido los dos últimos en territorio nacional, y al menos otros ocho años entre los 16 y la edad de petición, si carece de rentas o ingresos suficientes puede tener derecho a una pensión de jubilación no contributiva.

Quando ha trabajado

Una persona que esté trabajando y que presente un trastorno esquizofrénico o cualquier otra enfermedad tendrá derecho a recibir la baja laboral y una incapacidad laboral transitoria por una duración máxima de 18 meses. Para conseguir una invalidez permanente y cobrar la correspondiente pensión necesitará varios requisitos:

- a.- Que el periodo de cotización o pago de la Seguridad Social, tenga un periodo mínimo de tiempo cotizado, el cual varía con la edad de la persona, cuando esta solicita la invalidez.
- b.- Que haya sido declarado inválido para el trabajo por la Unidad médica de valoración de incapacidades. Existen determinados grados de invalidez en relación con el trastorno que se padece y la gravedad de este.

De estos grados y la cantidad de tiempo cotizado dependerá la cuantía de la prestación.

Incapacitación

Nadie puede ser declarado incapaz sin existir una sentencia judicial que así lo afirme, por lo que, de no existir dicha sentencia, la persona mantiene todos sus derechos como ciudadano y la libertad de manejar sus bienes.

Cualquier persona está capacitada para poner en conocimiento del fiscal los hechos que puedan ser causa de incapacidad de otra, cuando esta sea mayor de edad, ya que en el caso de los menores, sólo podrán solicitar la incapacidad aquellas personas que ejerzan la patria potestad.

Una vez que el ministerio fiscal tiene la correspondiente denuncia, llamará a declarar al cónyuge si lo hubiera, hijos y familia directa del presunto incapaz, y una vez promovido el procedimiento por el ministerio fiscal, el juez asignado designará un defensor del presunto incapaz si éste no lo tuviere. El presunto incapaz podrá comparecer en el proceso, el juez oír a los parientes más próximos, examinará a la persona a quien se pide la incapacitación, oír el dictamen de un facultativo y solicitará cuantas pruebas estime oportunas; igualmente mientras dura este proceso el juez podrá adoptar las medidas que considere necesarias para la protección del presunto incapaz y de su patrimonio.

Quando se incapacita por sentencia a una persona, el juez constituirá la tutela y esta se ejercerá bajo la vigilancia del mismo, el cual, podrá exigir al tutor en cualquier momento, que informe de la situación del incapacitado y pedirle cuentas de la administración de sus bienes.

Nombramiento de un tutor

Para el nombramiento de tutor se preferirá, primero al cónyuge que conviviera con el incapacitado, luego a los padres o quien estos designaran en disposiciones de última voluntad, y por último al descendiente, ascendiente o hermano que el juez designara. De forma extraordinaria el juez podrá alterar el orden anterior o nombrar a quien por su buena relación con el incapacitado considere más idóneo.

En general se nombrará a un único tutor salvo cuando convenga separar la tutoría de la persona de la de sus bienes, en este caso, los dos tutores son independientes en el ámbito de su competencia y cuando las decisiones conciernan a ambos, las tomarán de forma conjunta. Podrán ser tutores todas las personas que se encuentren en pleno ejercicio de sus derechos civiles. No lo serán, por tanto, los condenados a penas privativas de libertad mientras cumplan condena; tampoco lo serán los que tuvieren enemistad manifiesta con el incapacitado, los que tuvieren conflicto de intereses o las personas con mala conducta o que no tuvieren manera de sustento conocida.

El juez podrá apartar de la tutela a aquellos tutores que se comporten mal en el ejercicio de su responsabilidad o que tengan notoria ineptitud en el cargo, este apartamiento se podrá realizar a instancias del fiscal o de persona interesada, previa audiencia de la persona que venía ejercitando la tutela.

La persona designada como tutora podrá excusar dicho nombramiento, cuando por razones de edad, enfermedad, profesionales o cualquier otra causa haga gravoso el desempeño de la tutela.

El interesado que renuncie a dicho nombramiento deberá alegarlo en el transcurso de los 15 días siguientes al mismo. Igualmente el tutor podrá renunciar a seguir ejerciendo el cargo cuando aparezcan causas que justifiquen esta decisión, si estas causas son razonables el juez procederá al nombramiento de un nuevo tutor.

Una vez nombrado tutor, este deberá hacer inventario de bienes en un plazo de 60 días a contar desde aquel en que hubiera tomado posesión de su cargo.

Las obligaciones del tutor son: Procurarle alimentos, educarle si fuera menor, promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado e informar anualmente sobre la situación del mismo y su administración.

El tutor necesitará autorización judicial para: internar al tutelado, vender bienes inmuebles objetos preciosos o valores mobiliarios, realizar

particiones de herencia, hacer gastos extraordinarios, ceder bienes, dar o tomar dinero a préstamo.

El tutor tendrá derecho a una retribución por su trabajo siempre que el patrimonio del tutelado lo permita. Corresponde al juez fijar dicha cantidad.

Servicio militar

En el reglamento del Servicio militar que aparece regulado por Real Decreto y en el que figuran las normas para la determinación de aptitud psicofísica, en su apartado de Neuropsiquiatría, en lo concerniente a la esquizofrenia, se contempla la exclusión de la obligación de realizar el Servicio militar, por lo que no habrá que incorporarse a filas, si bien es cierto que textualmente dice esquizofrenia grave. Mientras que al referirse a psicosis esquizofrénicas atípicas o no graves les otorga un coeficiente 4 y teóricamente podrían ser incorporados, una vez vistos los informes psiquiátricos y pasado tribunal médico.

Cada región militar, tiene el correspondiente hospital militar y allí radica el tribunal médico militar regional, que es quien decide la aptitud o no del personal militar para el servicio de armas. De no estar de acuerdo con el fallo, se puede realizar recurso a otro tribunal superior.

GLOSARIO

- **Acatasia:** Necesidad imperiosa para el paciente de estar en constante movimiento pero sin seguir ningún esquema específico ni coordinado de movimientos.
- **Adrenérgico:** Nervios simpáticos que liberan en sus terminaciones adrenalina y noradrenalina.
- **Agonistas:** Drogas que estimulan un mismo receptor; músculos que actúan conjuntamente para producir movimientos.
- **Agranulocitosis:** Reducción notable de glóbulos blancos en sangre por desaparición de granulocitos, se caracteriza por fiebre, debilidad, inflamación de garganta.
- **Alucinación:** Trastorno de la percepción con el sujeto despierto, se presenta simultáneamente con las percepciones normales, se manifiesta a través de los sentidos (auditivo, visual, olfato, gusto y tacto), son características de la psicosis y pueden inducirse por el uso de drogas psicodislépticas.
- **Ansiedad:** Temor de un sujeto ante un peligro real o imaginario.
- **Antagonismo:** Capacidad de una sustancia tóxica de reducir o eliminar el efecto de otra.
- **Antiemético:** Que detiene o previene el vómito
- **Antipsicótico atípico o de nueva generación:** Fármaco que modifica la conducta psicótica (síntomas negativos) de carácter extrapiramidal.
- **Antipsicótico típico o Neuroléptico:** Fármaco que modifica la conducta psicótica (síntomas positivos).
- **Barbitúricos:** Radical químico base de numerosos hipnóticos y sedantes del sistema nervioso.
- **Benzodiacepinas:** Grupo de compuestos que tienen propiedades sedantes, ansiolíticos, relajantes musculares y anticonvulsivantes.
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del comportamiento según la OMS.

- **Citocromo P450:** Es una hemoproteína, su nombre deriva porque absorbe luz a 450 nm cuando se la expone a monóxido de carbono.
- **Colinérgico:** Fibras nerviosas parasimpáticas que liberan acetilcolina y ácidos carboxílicos.
- **Delirio:** Trastorno profundo de la mente caracterizado por intranquilidad, excitación, ilusión, alucinación y habla incoherente.
- **Descendencia:** Conjunto de hijos, nietos y demás generaciones sucesivas por línea recta descendente.
- **Dicigotos:** Que se origina de dos óvulos fertilizados.
- **Discrasia sanguínea:** Alteración en la composición de los humores en sangre.
- **Disquinesia:** movimientos involuntarios anormales (producción de tics, temblores, etc.), que pueden resultar del uso de antipsicóticos.
- **Disquinesia tardía:** Efectos colaterales a veces irreversibles. producido por los antipsicóticos
- **Dopamina:** Catecolamina considerada como Transmisor nervioso del cerebro que se forma a partir de tirosina y DOPA y que a su vez es precursora en la síntesis de noradrenalina y adrenalina; se encuentra en los núcleos del sistema extrapiramidal, en el hipotálamo y sistema límbico.
- **Dopaminérgico:** Se dice de una función de un fármaco que reproduce los efectos de la neurotransmisión mediada por la dopamina.
- **DSM-IV:** Manual de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, en el Tratado de la Clasificación Internacional de la Enfermedades Mentales.
- **Electroshock (TEC):** Aplicación de corrientes eléctricas productoras de convulsiones.
- **Epilepsia:** Alteración súbita de la función cerebral debido a una descarga de neuronas que produce convulsiones.
- **Eritema:** Enrojecimiento de manchas en la piel producido por la congestión de los capilares que desaparece momentáneamente por la presión.
- **Esquizofrenia Catatónica:** Retraimiento social extremo, aplanamiento emocional y falta de ideas, vitalidad y motivación.

- **Esquizofrenia Hebefrénica:** Presencia de síntomas negativos, afectividad inadecuada, pensamiento desorganizado y fragmentado.
- **Estigma:** Estado mental caracterizado por la susceptibilidad a la sugestión.
- **Familias de alta expresión expresada (EE):** Se trata de familias disfuncionales cuyo ambiente genera tensiones por conflictos no resueltos y manifestados dentro del hogar de manera agresiva. Se asocia con mayor número de recaídas en los pacientes esquizofrénicos.
- **Fenotipo:** Conjunto de propiedades manifiestas de un organismo, sean o no hereditarios.
- **Gemelos Dicigotos.** Gemelos no idénticos, provenientes de dos células distintas en la fecundación.
- **Gemelos Monocigotos.** Gemelos idénticos, esto quiere decir que, en teoría contienen el mismo código genético en sus 23 cromosomas debido a que provienen de una sola célula fecundada.
- **Gen:** Unidad biológica de la herencia que se reproduce espontáneamente y se encuentra en una posición definida (locus) sobre un cromosoma particular.
- **Genotipo:** Toda constitución genética de un individuo.
- **Hipotensión arterial:** Disminución de la tensión vascular tendencia a fatigas y enfriamientos.
- **Histamina:** Amina depresora formada a partir de histidina que estimula el Sistema Nervioso Autónomo, dilatación capilar y las secreciones de HCl y pepsina.
- **Ictericia:** Coloración amarilla en piel, mucosas y secreciones, debido a la presencia de pigmentos biliares.
- **Incidencia:** Frecuencia, proporción de enfermos nuevos de una enfermedad por 1000 habitantes.
- **Incisivo:** Antipsicóticos de alta potencia, se llaman a así a las drogas que producen un efecto antipsicótico mas despojado de sedación, pero los efectos adversos preponderantes de estas drogas son los extrapiramidales, el aumento de prolactina y con menor frecuencia, la sedación, la hipotensión ortostática y los efectos atropinicos, ej. Haloperidol, Pimozida, Zuclopentixol.

- **Intervalo QT:** Síndrome que se asocia a arritmias ventriculares malignas del tipo torsades de pointes que pueden dar síncope y en ocasiones provocar muerte súbita al degenerar en fibrilación ventricular.
- **Isoenzimas:** Una de las diferentes formas en que puede presentarse una enzima en el organismo. Posee las mismas propiedades catalíticas pero con diferencia en sus características físicas, químicas e inmunológicas.
- **Isómero:** Compuesto químico de la misma clase y número de átomos pero que difiere en las propiedades y en la disposición de los átomos.
- **Leucotomía.** Sección quirúrgica de las fibras nerviosas de la sustancia blanca cerebral que conecta a una parte de la corteza cerebral con el resto del encéfalo.
- **Loci:** Punto de un cromosoma ocupado por un gen.
- **Metabolismo:** Conjunto de transformaciones físicas, químicas y biológicas que en los organismos vivos experimentan las sustancias introducidas o los que en ellos se forman.
- **Monocigoto:** Que proviene de una célula fertilizada.
- **Neurodesarrollo:** Hipótesis en el que la lesión primaria cerebral o el proceso patológico tienen lugar durante el desarrollo del cerebro, mucho antes de que la enfermedad se manifieste clínicamente.
- **Neurona:** Célula nerviosa que se compone de un cuerpo celular, varias prolongaciones similares denominadas dendritas y de otra prolongación diferente y única llamada axón.
- **Neurosis:** alteraciones o afectos funcionales de la mente donde el paciente es consciente de su carácter patológico.
- **Neurotransmisor:** Sustancia liberada de las terminales axónicas de la neurona presináptica al ser excitada y que se desplaza siguiendo la hendidura sináptica para excitar o inhibir a la neurona efectora.
- **Noradrenalina:** Compuesto del grupo de las catecolaminas, que actúan como neurotransmisor central y en las terminaciones adrenérgicas del sistema nervioso vegetativo, secretada también por médula suprarrenal.
- **Omega 3 (ácido linoleico):** Ácido graso insaturado que se encuentra en los glicéridos naturales, esencial para la nutrición.

- **Oxidación:** Combinación de un elemento o cuerpo con el oxígeno; en términos generales, toda reacción que implica pérdida de electrones por un átomo.
- **Paranoide:** Caracterizado por la presencia de intensas alucinaciones e ideas delirantes de persecución.
- **Parkinsonismo:** Un término que se refiere a un grupo de condiciones que se caracterizan por: temblor, rigidez e inestabilidad de postura.
- **Patognómico:** Denominación de aquel síntoma que por ser exclusivo de una sola enfermedad permite el diagnóstico de la misma sin el concurso de los demás.
- **Perinatal:** Período que abarca desde el séptimo mes de embarazo hasta la primera semana de vida.
- **Placebo:** Preparación farmacéutica que solo contiene productos inactivos, que se utiliza en estudios de control para determinar la eficacia de un fármaco o que se prescribe para lograr un efecto terapéutico por sugestión.
- **Prevalencia:** En estadística sanitaria, proporción de enfermos nuevos y viejos por 1000 habitantes de una determinada enfermedad.
- **Prodrómico:** Signo, síntoma o estudio que anuncia el comienzo o proximidad de una enfermedad.
- **Prolactina:** Hormona proteica mamotrófica, segregada por las células de los pares anteriores de la glándula pituitaria, la cual estimula el desarrollo de las glándulas mamarias para segregar leche.
- **Psicosis:** Término general aplicada a los trastornos mentales de etiología psíquica u orgánica en los cuales se presentan desorganización profunda de la personalidad, alteraciones del juicio crítico, realidad, pensamiento, ideas, construcciones delirantes y perturbaciones de la sensopercepción (alucinación).
- **Psicoterapia:** Método terapéutico de origen psíquico realizado por medios verbales entre el paciente y el psicoterapeuta, efectuada individualmente o en grupo.
- **Región subcortical:** Debajo del córtex o capa cortical, perteneciente a la actividad del cerebro sin intervenir la corteza.

- **Remisión:** Disminución de la intensidad de los síntomas (mejoramiento).
- **Resonancia magnética (RM):** Medición del momento magnético de los núcleos atómicos para determinar la naturaleza de los enlaces covalentes en una reacción orgánica, proporcionando imágenes de la estructura del cerebro.
- **Respuesta inmune:** Reconocimiento de los antígenos como propios (tolerancia) o extraños (eliminación).
- **Salud:** Completo estado de bienestar físico, mental y social,
- **Serotonina:** Sustancia vasoconstrictora producida por el metabolismo del triptófano por oxidación y descarboxilación.
- **Sinapsis:** Región donde se transmiten los impulsos nerviosos de una fibra nerviosa a otra.
- **Síntomas extrapiramidales (SEP):** Síntomas acompañados de espasmos musculares, temblores, sacudida de manos, impotencia sexual y reinitis pigmentaria.
- **Tomografía axial computarizada (TAC):** Método radiológico que combina los “cortes” radiológicos más finos con el procesamiento de la información por computadora. El término “tomografía axial computarizada” es obsoleta pues la técnica muestra cortes también coronales y sagitales y ya no solamente axiales desde hace mucho tiempo.
- **Tomografías por emisión de Fotón único (SPECT) y por emisión de positrones (PET):** Técnicas que mediante el uso de radioligandos permiten obtener imágenes y cuantificar el uso de neurotransmisores.
- **Toxinas:** Sustancias productoras de efectos tóxicos de origen vegetal, animal o bacteriano.
- **Trastorno:** Es una alteración o perturbación.
- **Tubo ectodérmico:** Tubo o capa externa embrionaria para formar la epidermis, órganos de los sentidos y sistema nervioso.
- **Urticaria:** Aparición de pápulas ligeramente elevadas blanquecinas o rojizas inestables rodeadas por un halo y asociadas con prurito con sensaciones de picadura o pinchazos.
- **Virus:** Agente infeccioso que se replica en células vivas, incapaces de generar energía ni de cualquier actividad metabólica.