



Caja Costarricense del Seguro Social
Hospital Nacional Psiquiátrico



Centro de Desarrollo Estratégico e Información
en Salud y Seguridad Social



Universidad de Costa Rica
Sistemas de Estudio de Posgrado

CENDEISS

SEP

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA CLINICA

PROPUESTA DE CARACTERIZACIÓN DE LAS NECESIDADES
SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS DE LOS USUARIOS Y
USUARIAS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE CLOZAPINA DE LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO.

Residente:

MPsc. Fabián Badilla Quesada

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio,

San José, Costa Rica

2012

DEDICATORIA

Para mi amada Glenda Morera, y
mis padres, ustedes son mi inspiración.

AGRADECIMIENTOS

Gracias infinitas a Dios por todas las bendiciones que me brinda, y por permitirme cumplir este sueño.

Mi gratitud al Dr. Roberto López Core por ser nuestro guía y mentor durante esta travesía, por sus consejos y su apoyo para formar parte del servicio de Psicología Clínica.

A todas y todos los Psicólogos Clínicos del Hospital Nacional Psiquiátrico, el Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, el Hospital Nacional de Niños, y el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, todas ustedes han contribuido a mi formación profesional, Gracias Maestros.

Un agradecimiento muy especial al Dr. Rodolfo Salazar por creer siempre en mí, por su apoyo y consejo, gracias amigo.

A todo el personal del Hospital Nacional Psiquiátrico en especial a las compañeras de Trabajo Social, Psiquiatría, Enfermería y Psicología Clínica así como a la secretaria Alejandra Chaves, gracias por todo.



Caja Costarricense del Seguro Social
Hospital Nacional Psiquiátrico



Centro de Desarrollo Estratégico e Información
en Salud y Seguridad Social



Universidad de Costa Rica
Sistemas de Estudio de Posgrado

CENDEISSS

SEP

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Posgrado en Psicología Clínica

APROBACION

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

En calidad de Coordinador Nacional del Posgrado en Psicología Clínica, Informo que el Trabajo Final de Graduación: **“Propuesta de Caracterización de las Necesidades Sociodemográficas y Psicológicas de los Usuarios y Usuarías que Asisten a la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico”**, elaborado por MPsc. Fabián Badilla Quesada, fue sometido a revisión, cumpliendo de esta forma con lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica.

Dr. Roberto López Core

Coordinador Nacional

Director del Posgrado en Psicología Clínica

Universidad de Costa Rica

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
OBJETIVOS	11
Objetivo General.....	11
Objetivos Específicos.....	11
Objetivo Externo.....	12
MARCO DE REFERENCIA	13
CONTEXTUALIZACIÓN	13
Historia del Hospital Nacional Psiquiátrico.....	13
Clínica de Clozapina del Hospital Nacional Psiquiátrico	14
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	22
APORTES TEÓRICOS	24
ESQUIZOFRENIA	24
Definición	24
Origen	25
Síntomas.....	26

	2
Formas de Evolución	29
Tipos de esquizofrenia	29
Tratamiento	31
FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA.....	32
Historia.....	34
Definición	35
Tipos de trastornos esquizoafectivos	36
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS	40
Tipos de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas.	40
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR.....	60
Definición	60
Historia.....	60
Epidemiología	62
Factores etiológicos	63
Diagnóstico	65
RETARDO MENTAL.....	74
Definición	74
Historia.....	75
Epidemiología	75

Etiología.....	76
Diagnóstico	76
Exámenes complementarios.....	79
CLOZAPINA O DIBENZODIAZEPINA	81
Historia.....	81
Uso y administración	85
Farmacocinética	87
Farmacodinamia.....	87
Aspectos específicos	87
Efectos secundarios.....	88
Efectos adversos.....	93
MARCO METODOLOGICO	94
Estrategia Metodológica	94
Participantes de la Investigación.....	98
Proceso de recolección de los participantes	98
Procedimiento de recolección de la información	98
Encuadre del Consentimiento Informado.....	99
Encuadre de la Entrevista.....	99
Análisis y Sistematización de la Información.....	99
Confiabilidad y Validez	100

REFERENCIAS.....	101
ANEXOS	105
ANEXO #1.....	106
CONSENTIMIENTO INFORMADO	106
ANEXO #2.....	108
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIARES O ENCARGADOS DE PARTICIPANTES	108
ANEXO #3.....	110
GUÍA DE ENTREVISTAS	110

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está constituido por un estudio realizado a partir de la base de datos de los y las pacientes de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, hecho que posibilitó el acceso a las condiciones en las que se encuentran los usuarios, permitiendo así, la elaboración de una guía que habilite al equipo interdisciplinario a abordar las necesidades que ellos presentan y a la elaboración de planes de intervención y rehabilitación.

Aunado a esto se utilizó como referencia nociones y conceptos sobre Clozapina, esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias; y por último, sobre el trastorno afectivo bipolar.

Por consiguiente, este estudio tiene como objetivo general, elaborar una propuesta de exploración y caracterización de las condiciones sociodemográficas, económicas, laborales, psicológicas, así como características diagnósticas y las necesidades de los y las pacientes que son tratados en el programa de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico.

De este modo, el primer capítulo está constituido por la introducción y por la justificación, así como por el problema a investigar, en el que se formula la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características sociodemográficas y psicológicas de los y las pacientes que asisten a la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico?

A partir de este problema, se definen el objetivo general, los específicos y el objetivo externo que guiaron el estudio.

Seguidamente en el capítulo dos se incluye el marco de referencia, en donde se presenta una sinopsis de la historia del Hospital Nacional Psiquiátrico así como de la Clínica de Clozapina de este centro médico, así mismo se desarrollan los antecedentes del estudio. Posteriormente, se presenta el marco teórico, en el que se encuentran los principales elementos conceptuales teóricos que fundamentan la importancia del abordaje de la esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos, los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias, y del trastorno afectivo bipolar.

El siguiente apartado está constituido por aspectos generales de la esquizofrenia. El segundo capítulo hace referencia a teoría de trastornos esquizoafectivos. El tercer capítulo expone generalidades de trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancias. El cuarto hace referencia a teoría de los trastornos afectivos bipolares. En el quinto capítulo se exponen generalidades del uso de la Clozapina.

Se expone la descripción de la estrategia metodológica que se sustenta en los planteamientos teóricos y en el abordaje de una metodología cuantitativa, también se especifica y define el tipo de estudio, los participantes, el proceso de escogencia, las técnicas, los procedimientos a seguir en la recolección y el análisis de la información, la validez y confiabilidad del estudio. Todos estos últimos pasos corresponden a lo que se propone para el seguimiento de esta investigación, y por ende, de la puesta en práctica de esta propuesta.

Por último se citan las referencias bibliográficas y los anexos.

JUSTIFICACIÓN

Para muchos autores, la esquizofrenia es una enfermedad mental grave, crónica y recurrente, con una prevalencia en toda la vida de aproximadamente el 1% a nivel mundial. Se conoce desde hace muchos años, cuyo término se ha empleado para describir un grupo de enfermedades con gran número de distorsiones cognitivas, afectivas y conductuales. (Lehman, citando en Montoya, 2007)

Se caracteriza por síntomas positivos como alucinaciones y delirios, síntoma negativos como el letargo emocional y el aislamiento, generalmente la cuarta parte de las personas que han presentado un episodio de esquizofrenia se recuperan y la enfermedad no vuelve a aparecer; otro veinticinco por ciento, presenta una enfermedad que no remite; la otra mitad padece una enfermedad recurrente pero con episodios largos de considerable recuperación de los síntomas positivos. Como consecuencia de esto, el coste global de la enfermedad para el individuo, sus cuidadores y la comunidad es importante.

En adición, la Clozapina es el fármaco que más se utiliza en pacientes con esquizofrenia que no han tenido buena respuesta a otros fármacos, por lo que se crea la Clínica de Clozapina del Hospital Nacional Psiquiátrico. De este modo en 1995, en el Hospital Nacional Psiquiátrico, las psicosis de origen esquizofrénico representaron un total de 1241 egresos; para 1996, representaron un total de 1253, situación que implicó un gasto económico para la Caja Costarricense del Seguro Social de un valor aproximado de cincuenta mil colones mensualmente por paciente, agregado a los efectos debilitantes en el paciente portador de esquizofrenia y es que según Ramírez (1997) existen severas ramificaciones económicas del tratamiento ya que el paciente por lo general depende económicamente de su familia.

Los fármacos antipsicóticos se clasifican hoy en día en fármacos típicos y atípicos, los antipsicóticos de primera generación o “típicos” como la clorpromazina y el haloperidol han sido la base del tratamiento y son efectivos para reducir los síntomas positivos de la esquizofrenia, empero los síntomas negativos son bastante resistentes al tratamiento, por lo que el tratamiento con fármacos se asocia con efectos adversos que a menudo pueden comprometer el cumplimiento del tratamiento y consiguientemente incrementar la incidencia de recurrencias.

De modo que las personas que no responden adecuadamente a los fármacos antipsicóticos de primera elección, a menudo se les administra el fármaco antipsicótico atípico, "Clozapina", sobre el cual se ha encontrado, que es efectivo para algunas personas con esquizofrenia resistente al tratamiento, también la Clozapina, se asocia con menos trastornos del movimiento que la clorpromazina pero puede inducir a una disminución potencialmente mortal del número de leucocitos (agranulocitosis).

Así mismo durante todos estos años, se han examinado las afectaciones de la Clozapina en las personas con esquizofrenia en comparación con los fármacos antipsicóticos típicos, los estudios realizados por varios autores, apoyan la noción de que la Clozapina es más efectiva, en general, que los antipsicóticos típicos en las personas con esquizofrenia, y en particular, en las que no mejoran con los antipsicóticos típicos.

De igual manera la Clozapina se asocia con menos efectos adversos sobre el movimiento que los fármacos antipsicóticos típicos, pero puede causar graves efectos adversos relacionados con la sangre. De ahí que se hace obligatorio realizar la monitorización de los recuentos de leucocitos en todas las personas que reciben la Clozapina; sin embargo, existe la preocupación de que los estudios son, como mínimo, moderadamente vulnerables al

sesgo de favorecer a la Clozapina por sus características de efectividad, aunque con el inconveniente de sus efectos secundarios.

La Clozapina se utiliza mayoritariamente para el tratamiento de la esquizofrenia refractaria. No obstante se ha utilizado para la fase de manía en el trastorno bipolar, en la depresión con síntomas psicóticos y para la psicosis en los trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancias.

Tomando en cuenta el beneficio que brinda a los pacientes de la Clínica de Clozapina del Hospital Nacional Psiquiátrico la utilización de este fármaco se ejecutaron reuniones con el Equipo Interdisciplinario a fin de rescatar la importancia de explorar y realizar una propuesta de caracterización sociodemográfica, psicológica además de plantear las necesidades de los y las pacientes que asisten a la consulta externa de dicho Hospital, con ello se expuso el objetivo de conceptualizar la información que permita brindar datos acerca de los y las pacientes y su familia con respecto a la utilización de este medicamento así como los beneficios y a las posibilidades de obtener una mejor calidad de vida para los usuarios y reducir las recaídas, rehospitalizaciones y a tener un funcionamiento más adaptado al paciente.

Para llevar a cabo dicha propuesta se utilizará como base la Escala de Intensidad de Apoyos- SIS, adaptación realizada por Verdugo, Arias e Ibanez (2007) la cual ha sido utilizada para el abordaje de pacientes con discapacidades cognitivas en países como España y México. En nuestro país no ha sido utilizada aún por lo que el aporte que se brindaría beneficiaría no solo al Hospital Nacional Psiquiátrico sino también a entidades que se encarguen de la atención directa a pacientes y a sus familiares.

Se considera necesario señalar que esta investigación está orientada en tres fases. En la primera se elabora una propuesta, en la segunda se llevará a cabo la aplicación de la

propuesta con los y las pacientes de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, con la cual se elaborará la caracterización de las condiciones y necesidades de cada paciente. Y finalmente en la tercera etapa se llevará a cabo un Plan de Rehabilitación con el cual abordar las necesidades identificadas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación, parte del supuesto que las enfermedades mentales tienen una incidencia cada vez mayor en la población mundial así como en nuestro país. Por tanto, intenta ayudar a conocer a los usuarios de la clínica de Clozapina del Hospital Nacional Psiquiátrico y así contribuir al abordaje de las necesidades de estos usuarios, sus familias y cuidadores. Lo anterior se formula un análisis exploratorio y descriptivo, centrado en el siguiente problema *¿Cuáles son las características sociodemográficas y psicológicas de los y las pacientes que asisten a la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico?*

De ahí que a fin de responder las interrogantes surgidas se formulan los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

Objetivo General

- Elaborar una propuesta de exploración y caracterización de las condiciones sociodemográficas, económicas, laborales, psicológicas, las características diagnósticas y las necesidades de los y las pacientes que son tratados en el programa de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas, económicas, laborales y de vivienda de los y las pacientes que asisten a la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico.

- Identificar aspectos de la cotidianidad y funcionalidad de los y las pacientes de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico que incluyan vida diaria, comunitaria, salud, seguridad, actividades sociales y de protección.
- Explorar el diagnóstico multiaxial de los y las pacientes de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico.
- Exponer las necesidades de los y las pacientes que asisten a la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico con un instrumento que explore sus condiciones económicas, laborales, vivienda, psicológicas, características de diagnóstico y posibles agentes estresores que generen recaídas.

Objetivo Externo

- Brindar al programa de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico una herramienta para la elaboración de un perfil psicosocial de los y las pacientes, así como elementos que orienten en el abordaje y rehabilitación en relación con sus necesidades.

MARCO DE REFERENCIA

CONTEXTUALIZACIÓN

Historia del Hospital Nacional Psiquiátrico

Se encuentra ubicado en la comunidad de Las Pavas, al Oeste de la ciudad de San José. Tiene como función encargarse de la atención nacional de personas que poseen algún trastorno mental o emocional.

En un estudio de Rodríguez, 1991 (como se cita en Bermúdez 2006) la historia del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapui se remonta al 03 de julio de 1845 cuando se funda la Junta de Protección Social de San José denominada en aquel entonces como Junta de Caridad. Así, para el año de 1869 el Licenciado Vicente Herrera Zeledón, presidente de la Junta de Caridad del Hospital San Juan de Dios advierte la necesidad de crear una institución que albergue a las personas con alguna enfermedad mental (Memoria Hospital Nacional Psiquiátrico, 2002)

En 1883 el Poder Legislativo dicta el Decreto #XXXIV, en el cual se acuerda que se les brinde atención a las personas con alguna enfermedad mental en un edificio anexo al Hospital San Juan de Dios, dando nacimiento a lo que sería el Hospital Nacional Psiquiátrico. (Bermúdez, 2006)

Según Rodríguez (1991), en el año 1885 se promulga una ley para la apertura de un hospital para enfermos mentales y en 1890 se inaugura el “Hospital Nacional de Insanos” que posteriormente cambiaría su nombre a Asilo Chapui en abril de 1896 a. De esta forma, en enero de 1961, la Junta de Protección Social aprueba el reglamento General en el cual se elimina la palabra asilo y se sustituye por Hospital Psiquiátrico; en 1970, se inicia la edificación de un hospital “tipo granja”, y el 15 de setiembre de 1974, se trasladan los

pacientes del anexo del Hospital San Juan de Dios a su nueva ubicación en el Distrito de Pavas.

En 1977, el hospital se transforma en una dependencia de la Caja Costarricense del Seguro Social. ((Memoria Hospital Nacional Psiquiátrico, 2002) y para el año 2009, dispone de alrededor de 763 camas para hospitalización, distribuidas en 17 pabellones, seis para la sección de mujeres y seis para la sección masculino, dos unidades de tratamiento en unidad de cuidados intensivos, una unidad médica y dos pabellones de adolescentes. (Ramírez, 2009)

En la actualidad, este centro médico cuenta con servicios esenciales para la atención de personas con enfermedades mentales, entre ellos se encuentran: Unidad de Terapia, Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica, Laboratorio, Servicio de Farmacia, Trabajo Social, Programa de Hospital Diurno y Estructuras Residenciales.

Clínica de Clozapina del Hospital Nacional Psiquiátrico

Es un tratamiento interdisciplinario con la participación de profesionales que brindan atención en Psiquiatría, Psicología, Enfermería en Salud Mental, Trabajo Social, Nutrición, Farmacia, Laboratorio y Terapia Ocupacional.

OBJETIVO GENERAL DE LA CLINICA

Ofrecer un abordaje integral a la población usuaria en tratamiento con Clozapina, a sus familiares y/o encargados, mediante espacios educativos de apoyo y seguimiento para mejorar la calidad de atención, adherencia y control en la administración del medicamento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA CLINICA

- Generar una atención interdisciplinaria sistemática y organizada de la población usuaria.
- Brindar información general sobre la enfermedad mental, características y evolución.
- Lograr que las personas usuarias, sus familiares y/o encargados tengan mayor conocimiento sobre la Clozapina, sus alcances y limitaciones.
- Facilitar un proceso de integración población usuaria-hospital-familia que contribuya a la estabilidad mental y un mejor control de estas personas.
- Instrumentar a la población usuaria, familiares y/o encargados sobre alternativas ocupacionales, de manejo y apoyo, que contribuyan a su calidad de vida.

POBLACIÓN

Personas usuarias, familiares y/o encargados que asisten a control en la consulta externa y que reciben tratamiento con Clozapina.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Participará toda la población usuaria atendida en la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, que reciba tratamiento con Clozapina, e igualmente, las personas referidas desde hospitalización, quienes deberán aportar una referencia con información básica sobre el (la) usuario (a).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No ser usuario (a) regular de la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Abandono voluntario del control y tratamiento.

Negativa por parte del (la) usuario (a) y/o encargado a asistir a las actividades.

FASES DE ATENCIÓN

La población de usuarios que recibe tratamiento con Clozapina ha sido previamente distribuida en grupos de 15 a 17 usuarios que asisten cada 4 semanas a control, los días establecidos para ello han sido los lunes y jueves.

A saber, el día de la cita, el usuario se presenta a la consulta externa a partir de las 7 de la mañana, hora durante la cual el médico psiquiatra inicia su atención individualizada; se realiza la toma de muestra hematológica a todos los usuarios dentro de la consulta externa por parte del técnico de laboratorio designado por la jefatura correspondiente, y posteriormente, se ofrece un refrigerio a los participantes a cargo del servicio de nutrición. Seguidamente con actividades educativas.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A USUARIOS QUE UTILIZAN CLOZAPINA

1. Marco institucional para el protocolo de atención integral a personas en tratamiento con Clozapina

En Costa Rica, el Hospital Nacional Psiquiátrico ha sido una de las primeras instituciones en crear una Clínica de Clozapina para la atención de pacientes con esquizofrenia.

La historia de la atención a la salud de las personas ha venido modificándose sustancialmente desde siglos atrás, trasladando la importancia de los procesos curativo a los procesos preventivos, y a su vez aquellos elementos que promueven el desarrollo de la salud, en variables

tan sensibles como la individualidad y la colectividad, ambos sinónimos de una sociedad igualitaria y equitativa.

Ante esto, y como respuesta a la tendencia mundial de la atención integral a la salud de las personas:

Nuestro país ha encaminado esfuerzos que rijan desde sus estructuras centrales, los elementos requeridos para dicho objetivo. Sin embargo, hay obstáculos que superar para llegar a concretarlo, en el sentido de que “el desafío principal es adaptar todo el sistema de salud a un país en plena transición demográfica (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica –MIDEPLAN-, 2007:47).

La información que ofrece el ministerio menciona que entre las metas del sector salud está:

Fortalecer la salud de las personas, con énfasis en los menores de 18 años y en los grupos vulnerables y en riesgo social, mediante el mejoramiento del incremento en la cobertura de los programas de vacunación, atención integral en salud, nutrición y desarrollo infantil. (MIDEPLAN; 2007:48)

Señala el documento que dado ese aspecto dinámico que se extiende al proceso de salud y enfermedad:

Se contempla en la misión de la Caja Costarricense de Seguro Social, la prestación de servicios de salud integral al individuo, a la familia y a la comunidad, donde se contemple el respeto a las personas así como los principios filosóficos de la seguridad social misma (universalidad,

solidaridad, unidad, igualdad, obligatoriedad, equidad y subsidiaridad)
(C.C.S.S; 2007:6).

Por consiguiente:

Al llevar a la práctica estas gestiones, se establecen líneas de acción, por ejemplo desde la perspectiva de procesos internos, la cual contiene los objetivos destinados a “desarrollar y consolidar un nuevo modelo de atención que incluya educar a los usuarios y fortalecer la promoción de la salud. (Clínica de Clozapina HNP)

Es así como:

En un esfuerzo conjunto para responder precisamente a la necesidad de un grupo de personas específico, que es atendido en la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, las distintas disciplinas profesionales plantean la creación de un Protocolo de Atención integral en Salud a las personas en tratamiento con Clozapina, en vista de las características de la población (adultos jóvenes, adultos mayores, politerapia medicamentosa, enfermedades crónicas, dificultad para la adherencia terapéutica, entre otros), así como la exigencia de un control cercano y continuo del tratamiento en sí para prevenir alteraciones funcionales en el organismo de las personas que lo reciben, demandan aplicar un sistema de atención más organizado y efectivo protegiendo los intereses de estos hombres y mujeres en desventaja frente a la sociedad en general.

En continuación con lo anterior, plantea que: la experiencia obtenida hasta el momento, mediante el trabajo constante con ésta población en el servicio de consulta externa

tradicional, les permite tener una noción amplia y fidedigna de los requerimientos que amerita su atención. Por tanto, apunta el documento que:

La justificación de la creación y puesta en marcha de éste protocolo, está respaldado por esta experiencia, así como por las políticas actuales de salud, que de alguna manera incluyen sutilmente, pero excluyen abiertamente, en un ritmo paradójico, a las personas con alteraciones mentales, quienes son parte de los grupos vulnerables de nuestra sociedad en desarrollo.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA CREACION DE LA CLINICA

Para el mes de mayo del 2009 se encuentran registradas 54 personas en tratamiento con Clozapina, un medicamento indicado a las personas usuarias con psicosis refractaria, es decir, que no han mejorado con el uso de otro antipsicóticos o bien que no los han tolerado. Su prescripción ha sido reservada a estos casos debido a que el seguimiento con este medicamento requiere de una serie de condiciones en su administración y monitorización que de no ser cumplidas pueden traer consecuencias para el (la) usuario (a) e incluso provocar su fallecimiento.

El desarrollo de granulocitopenia y granulocitosis es un riesgo inherente al tratamiento con Clozapina, aún cuando suele ser reversible al interrumpir el fármaco la agranulocitosis puede resultar en sepsis y ésta puede ser mortal. La interacciones farmacocinéticas deben ser también consideradas, más aún en los (las) usuarios (as) cuyas múltiples patologías requieren de la politerapia medicamentosa.

Los efectos adversos y el riesgo de la persona usuaria con el uso de la Clozapina pueden ser minimizados si se prescribe el medicamento de forma correcta y se brinda al (a)

usuario (a) y sus familiares una educación de tipo integral para mejorar la adherencia terapéutica.

Actualmente se cuenta con un registro que describe algunas características socio demográficas de la población usuaria que utilizan este medicamento, entre los datos importantes se registran 4 adultos jóvenes, 24 adultos, 5 adultos mayores y 2 adolescentes; la mayoría reside en el área metropolitana; algunos tienen que trasladarse de otras provincias, con tiempo y recursos económicos limitados para su traslado hasta ese centro hospitalario.

Aunado a lo anterior se ha observado que los y las pacientes presentan déficit cognitivo importante que hace que su familia sea su principal recurso de apoyo y nuestro objetivo al realizar el proceso educativo.

Considerando estas condiciones y la necesidad de mantener control sistemático sobre este grupo de usuarios y usuarias, en materia de adherencia al tratamiento, estilo de vida y apoyo a la familia encargada, el equipo Interdisciplinario de la Consulta Externa propone el desarrollo de un programa de atención en el que se dé énfasis a la labor educativa interdisciplinaria, así como a una forma de organizar la atención de los usuarios y las usuarias, con el propósito de evitar periodos largos de espera, fraccionamiento de citas con diferentes especialistas, posible ausentismo y poca información sobre los alcances del tratamiento y su enfermedad.

El planeamiento del programa tendrá como fin la labor conjunta entre la población usuaria, encargados (as) y/o familiares, dirigida a brindar apoyo y educación para aminorar los riesgos por el uso de la Clozapina.

3. MARCO TEORICO PARA LA CREACION DE LA CLINICA

Indicaciones de la Clozapina

Su uso está restringido al tratamiento de la psicosis en pacientes que no responden o no toleran adecuadamente el tratamiento médico con otros antipsicóticos.

Clozapina es el único fármaco indicado específicamente para el tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento y debe ser considerada como el paso siguiente a considerar para el paciente con una resistencia al tratamiento establecido.

Su Uso se ha limitado para pacientes que:

- No respondan al tratamiento con neurolépticos clásicos o que no los toleren.
- Tengan recuentos leucocitarios, inicialmente normales (>3.500 leucocitos por mm^3 , con diferencial normal).
- Pacientes en quienes se pueda realizar recuentos leucocitarios periódicos (semanales durante las primeras 18 semanas y luego mensualmente, como mínimo mientras continúe el tratamiento).

Los médicos prescriptores deberán cumplir plenamente con las medidas de seguridad requeridas.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

En este apartado, se resumen los resultados de investigaciones y programas gubernamentales relacionados con el objeto de estudio. Dichos estudios arrojan información que ha sido el punto de partida de este trabajo.

En Costa Rica existen diversos estudios relacionados con el Hospital Nacional Psiquiátrico y las enfermedades mentales que se atienden, así como con programas de intervención.

Alemán (1993) investiga la dinámica familiar de dos pacientes diagnosticados como esquizofrénicos en la Clínica Integrada de Tibás, rescata que el *roll* que cada uno de los miembros de la familia asume dentro del ámbito familiar, responde a los mensajes del conflicto básico de la pareja y que dicho conflicto se fundamenta en la disyuntiva temor-deseo de la confirmación a la puesta en evidencia de las verdaderas necesidades y temores experimentados desde la familia de origen, que incluso lleva a la depositación de los mismos en el otro y otros.

Según este investigador, los patrones de interacción son producto de una transmisión trigeracional cuya ideología emerge de una concepción negativa de la figura masculina como agresora, desprotectora y amenazante, y a la concepción de “madre sagrada”. El conflicto familiar básico es el de dependencia. La organización sociofamiliar está cargada de tapices ideológicos que determinan la creación, depositación y asunción de roles.

Ramírez (1997) en un estudio cualitativo enfocado en el mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes que toman Clozapina en el Hospital Nacional Psiquiátrico y que la habían tomado por al menos 16 semanas. Muestra que los pacientes han mejorado síntomas

positivos y negativos de esquizofrenia, y que las familias se encuentran realizando cambios en sus sistemas.

Montoya (2007) en una investigación acerca del uso racional de Clozapina en el Hospital Nacional Psiquiátrico según criterio médico rescata que un 53,7% de pacientes con esquizofrenia reciben Clozapina como tratamiento farmacológico. Además refiere los efectos secundarios que dicho fármaco tiene en estos pacientes, por lo que sugiere que siempre se debe realizar un análisis riesgo-beneficio en el momento de indicar un determinado tratamiento.

Álvarez, (2008) estudia el impacto de la Clozapina sobre el Perfil de Riesgo Cardiovascular en los pacientes de los pabellones 3 del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el tercer y cuarto trimestre del 2007.

Bermúdez (2009) tras la elaboración de un Programa Psicoeducacional dirigido a familias de personas con esquizofrenia del Hospital Nacional Psiquiátrico-Programa Hospital Diurno destaca que las familias son el apoyo principal en la rehabilitación de las personas con alguna enfermedad mental además de constituirse como el recurso más cercano que la persona tiene para lidiar con la enfermedad y aprender a vivir con ella. Como consecuencia se señala que la información y educación que reciba la familia con respecto a la enfermedad mental puede iniciar el camino hacia la aceptación de la misma. De igual manera destaca la necesidad de que las familias cuenten con un recurso psicológico que esté a su alcance y que les ayude a la convivencia diaria.

APORTES TEÓRICOS

Se considera necesario abordar dentro de los aportes teóricos cada uno de los diagnósticos que presentan los y las pacientes que asisten a la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, con la finalidad de rescatar generalidades históricas e igualmente sus principales características así como el abordaje terapéutico que incluya la farmacoterapia.

ESQUIZOFRENIA

Definición

La esquizofrenia es una enfermedad común que afecta a personas de cualquier estrato social, para Bermúdez (2009) quien hace referencia al CATESFAM, el inicio puede ser brusco o insidioso pero la mayoría de los sujetos muestran algunas características previas de manera lenta y gradual, como por ejemplo: aislamiento o retraimiento social, pérdida de interés en el estudio o en el trabajo, deterioro de la higiene y aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira, su evolución tiene un curso variable, en el que pueden presentarse exacerbaciones y remisiones.

Según González y Pacheco (2008) la prevalencia de vida de la esquizofrenia es del 0,5 al 1,5% en todo el mundo y se presenta de modo similar tanto en hombres como en mujeres; por su parte Ramírez (1997) señala que este trastorno afecta al menos al 1% de la población de cualquier sociedad; Bowen, (citado en Alemán & Vega, 1993) menciona que la esquizofrenia es el producto familiar en el que, en cada generación, un hijo sufre mayor deterioro que sus padres (los niños menos desenvueltos en el proceso pueden alcanzar niveles

de diferenciación del yo más altos que el de sus progenitores). El proceso se repite durante varias generaciones, hasta que aparece un miembro con un bajo nivel de diferenciación del yo, quien al contraer matrimonio sufrirá un deterioro mayor al de los padres, suficiente como para producir esquizofrenia en un hijo.

Origen

González y Pacheco (2008) exponen los siguientes factores etiológicos:

Genéticos:

Aunque más de la mitad de los cromosomas se han visto asociados a algún aspecto de la etiología de la enfermedad los más frecuentemente implicados han sido el brazo largo de los cromosomas 5, 6, 11, 18 y el brazo corto del cromosoma 19 y el cromosoma X.

Biológico: Neurotransmisores:

Se propone la hipótesis dopaminérgica en la cual se plantea que los síntomas de la enfermedad se deben a una hiperactividad del sistema de la dopamina, asimismo se esboza que pueden estar comprometidas también la noradrenalina, la serotonina, el GABA y el glutamato.

Psiconeuroinmunológicos:

Se sugiere que se podría estar dando un descenso en la producción de interleukina-2 de las células T, número reducido de linfocitos y anticuerpos anticerebrales.

Psicosociales:

Desde la escuela psicoanalítica se plantea la hipótesis de que una crianza inadecuada podía conducir a la esquizofrenia, una madre esquizofrenógena y de la ambivalencia de los mensajes paternos. También se ha investigado la posibilidad de que la causa de la esquizofrenia se encuentre en lesiones producidas en el periodo perinatal.

La esquizofrenia considera una enfermedad crónica. Debido a la ausencia de remisión sintomática total, existen diferentes niveles de respuesta al tratamiento así como de resistencia al mismo.

Síntomas

Según el Manual de Diagnóstico de las Enfermedades Mentales DSM-IV TR (APA, 2000) la esquizofrenia es una mezcla de síntomas peculiares, positivos y negativos que han estado presentes en la persona durante un periodo de un mes o que han perdurado a lo largo de seis meses.

Entro los síntomas psicóticos se encuentran:

- ~ Dificultad de distinguir fantasía de realidad.
- ~ Alteraciones de pensamiento (ideas delirantes).
- ~ Alteraciones de la percepción (alucinaciones).
- ~ Alteraciones en los afectos (imposibilidad de reaccionar de manera adecuada).
- ~ Alteraciones de la comunicación.
- ~ Alteraciones del comportamiento social y laboral.

Así los síntomas más característicos de la esquizofrenia son las ideas delirantes extravagantes, las alucinaciones auditivas y el grave deterioro en la evaluación de la realidad.

Los síntomas típicos que deben estar presentes durante al menos un mes y persistir durante al menos seis meses son:

- ~ Alucinaciones auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas.
- ~ Ideas delirantes (creencias falsas sin fundamento).
- ~ Lenguaje desorganizado e incoherente.
- ~ Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico.
- ~ Pobreza del habla.

- ~ Incapacidad para persistir o para iniciar una actividad.
- ~ Perdida del interés o del placer en actividades que antes de la enfermedad se disfrutaban.

Otras características son:

- ~ Afecto inapropiado.
- ~ Alteraciones del sueño.
- ~ Falta de interés en la comida.
- ~ Alteraciones en la marcha, balanceo.
- ~ Distractibilidad o incapacidad de fijar la atención.
- ~ Confusión.
- ~ Desorientación.
- ~ Falta de conciencia de su enfermedad.
- ~ Comportamientos y posturas raras.

Síntomas positivos según DSM IV TR:

Son aquellas manifestaciones o excesos de conducta que el paciente experimenta y que las personas sin este trastorno no suelen presentar.

- ~ Síntomas positivos mentales (psicóticos): alucinaciones, delirio, trastornos del pensamiento.
- ~ Síntomas positivos en el ámbito de sentimientos: angustia, excitabilidad.
- ~ Síntomas positivos vegetativos: insomnio. Palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios.
- ~ Síntomas positivos de la motricidad: comportamiento agresivo o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva.

Síntomas negativos:

Son aquellas conductas que el paciente no realiza y que las personas sin el trastorno realizan cotidianamente, como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia otras personas. Podrían confundirse con signos de pereza o de mal comportamiento; por ejemplo: apatía, falta de energía, falta de placer e insociabilidad.

- ~ Pobreza afectiva: empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, expresión facial inmutable, movimientos espontáneos disminuidos, escasez de ademanes expresivos, escaso contacto visual, incongruencia afectiva, risa tonta, ausencia de inflexiones vocales.
- ~ Alogia: se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición (pobreza del lenguaje y su contenido, lenguaje vago y repetitivo)
- ~ Abulia-apatía: la abulia se manifiesta en la falta de energía y de impulso; la apatía se ha caracterizado por la pérdida interés.
- ~ Anhedonia- insociabilidad: la anhedonia es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes gustaban. La insociabilidad es la incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas según la edad, sexo y estado familiar.
- ~ Problemas cognitivos de la atención: problemas en la concentración y en la atención.

De acuerdo con DSM IV TR (APA 2000), se distinguen tres fases en el curso de la enfermedad:

Primera fase prodómica: ocurre antes de la crisis, se puede dar la presencia de algunas señales o síntomas que pueden avisar que se avecina la crisis (tensión y nerviosismo, pérdida del apetito, dificultad para concentrarse, dificultad en el dormir, disfrutar menos de las cosas, poco contacto con grupo de pares, entre otros).

Segunda fase activa: se desencadena la enfermedad y se producen los síntomas positivos.

Tercera fase residual: en esta fase los síntomas negativos llevan a la persona al grave deterioro personal, social y laboral.

Por otra parte, según Gonzalez-Pacheco (2008) no debe hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Tampoco debe diagnosticarse en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicotrópicas o abstinencia de las mismas.

Formas de Evolución

Se clasifica según el CIE-10, las siguientes categorías de cinco caracteres:

F20x.0 Contínua.

F20x.1 Episódica con defecto progresivo.

F20x.2 Episódica con defecto estable.

F20x.3 Episódica con remisiones completas.

F20x.4 Remisiones incompletas.

F20x.5 Remisiones completas.

F20x.8 Otra forma de evolución indeterminada, periodo de observación demasiado breve.

Tipos de esquizofrenia

Tanto en el DSM IV TR (APA 2000) como en la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10 se señalan varios tipos de esquizofrenia:

Paranoide: es el tipo más frecuente de esquizofrenia, cuenta con la presencia de ideas delirantes de grandeza o persecución, alucinaciones auditivas, ansiedad, ira, tendencia a discutir y violencia.

Las ideas y alucinaciones paranoides más características son:

- ~ Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial y de transformación corporal.
- ~ Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándoles órdenes o alucinaciones auditivas sin contenido verbal; por ejemplo: silbidos, risas y murmullos.
- ~ Alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales o de otro tipo de sensación corporal.

Catatónica: se presenta inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, posturas extrañas, movimientos estereotipados, muecas, copia de lo que dice o hace otra persona.

Para el diagnóstico deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento:

- ~ Estupor.
- ~ Excitación.
- ~ Catalepsia
- ~ Negativismo.
- ~ Rigidez.
- ~ Flexibilidad cérea.
- ~ Obediencia automática.

Desorganizada o hebefrénica: forma de la esquizofrenia en que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias o fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprescindible los manierismos. De igual forma, se caracteriza por un lenguaje y comportamiento desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, risas, ideas delirantes que giran alrededor de un tema incoherente, muecas y deterioro del rendimiento; también, se pierde la iniciativa y la determinación, el comportamiento parece errático y vacío de contenido.

Indiferenciada: para el diagnóstico no predomina un síntoma concreto, es una mezcla de las anteriores.

Residual: estado crónico del curso de la enfermedad en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales hacia los estadios finales, resultan más evidentes los síntomas negativos como la inhibición psicomotriz, aunado a la falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad, falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no verbal, empobrecimiento, deterioro del aseo personal y del comportamiento social.

Esquizofrenia simple: corresponde a un trastorno o muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social, y de una disminución del rendimiento en general. No se evidencian alucinaciones ni ideas delirantes, e igualmente, los rasgos negativos aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos.

Tratamiento

Farmacológico

Tal y como lo expone González-Pacheco (2008) el tratamiento con medicamentos antipsicóticos es la base del manejo de la enfermedad; la fase aguda de la enfermedad puede tratarse con fenotiacinas de cadena lateral piperazínica como la tioproperazina, con butirofonas (haloperidol) o con anti psicóticos atípicos como la olanzapina, la risperidona o la Clozapina; la fase residual exige una medicación de mantenimiento que debe durar varios meses como profiláctico para evitar recaídas, periodo durante el cual también es útil suministrar antipsicóticos de depósito como el decanoato de flufenazina.

Por último, la terapia electroconvulsiva debe considerarse en los casos de pacientes resistentes al tratamiento farmacológico, y en aquellos en los que está contraindicado.

Psicosocial

La psicoterapia de apoyo, orientada a la realidad pragmática es de gran utilidad en muchos pacientes. Las terapias ocupacionales y las que ayuden al desarrollo de habilidades sociales. Es necesaria la terapia familiar así como la que promueva la disminución del consumo de sustancias psicoactivas o alcohol.

FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

Alrededor de la analogía entre transacciones familiares y la esquizofrenia, diversos autores intentan explicar y plantear diversas hipótesis sobre el origen y desarrollo de la manifestación esquizofrénica mediante la explicación de la psicosis esquizofrénica en las interacciones que establece el sujeto con su grupo familiar.

Así, Kolb (citado en Alemán & Vega, 1993) considera que desde una perspectiva sistémica, se considera que las transacciones familiares que se deben al encuentro entre las capacidades del niño y lo que los padres esperan de él, parecen tener un papel importante en el desarrollo de la personalidad y en la detección o desarrollo las actitudes y funciones del yo.

Por otra parte Haley (citado por Alemán & Vega, 1993) señala que la conducta esquizofrénica tiene como fin cumplir determinada función dentro de un tipo específico de organización familiar, Enfatiza además, en la importancia de considerar la interacción entre el esquizofrénico y sus padres.

Y es que, la anormalidad y la patología de una familia dependen de la influencia de los demás miembros, entre estos aspectos pueden mencionarse: características de la madre, del padre o de algún otro miembro, relación entre la madre y el niño (potencialmente esquizofrénicos) y relaciones objetales. (Alemán & Vega, 1993)

Estas mismas autoras, en su investigación, caracterizan la dinámica de las familias con esquizofrenia de la siguiente manera:

- ~ Cierta dificultad en cada uno de los miembros para delimitar su comportamiento en relación con los demás, lo cual dificulta la definición de la relación y por lo tanto de la identidad.
- ~ Negación de lo que el otro dice. Es difícil negar lo que el otro dice, excepto cuando el “paciente” se comporta sintomático, la dificultad en la confirmación del otro y por tanto de sí mismo, se da cuando en la familia de uno de los conyugues o ambos, una confirmación es signo de debilidad. Los padres del paciente con esquizofrenia perpetúan esta no confirmación heredada de su familia de origen y transmitida a la nueva familia con el deseo de recibir una confirmación.
- ~ Temor al abandono o a una verdadera intimidad, principalmente entre los progenitores, hecho que se manifiesta en el miedo a exponerse al otro por el temor a ser rechazado como ocurría en su familia de origen, y en ello se evidencia el vínculo simbiótico.
- ~ Inmadurez emocional en los progenitores particularmente en la madre, y por consiguiente a la utilización del hijo para satisfacer dicha necesidad emocional.
- ~ Conflicto en la relación donde uno de los progenitores se opone al otro, desprecia y desafía los deseos de su cónyuge y se esfuerza por ganar el apoyo emocional de sus hijos que no encuentra en la pareja.

- ~ Desarrollo de una actitud sobreprotectora hacia los hijos, lo que dificulta el desarrollo de su independencia.
- ~ Sentimiento de impotencia e inadecuación en el paciente identificado como miembro esquizofrénico por lo que nunca puede asumir el *roll* de sujeto activo o independiente sino que se constituye en objeto de las necesidades familiares. La confusión resultante de este tipo de mensajes hace imposible que el individuo distinga en forma clara su identidad.
- ~ Se da un desplazamiento de los conflictos para huir de las confrontaciones emocionales, en apariencia la familia mantiene un buen nivel de interacción que oculta los problemas reales.
- ~ Confusión entre lo real y lo simbólico.

Finalmente la pobre seguridad sobre la autonomía conduce a la percepción indiferenciada de las relaciones con los demás y a la incapacidad para diferenciar entre la realidad y la fantasía. Los pacientes con esquizofrenia se vuelven aislados debido a que perciben las relaciones de manera indiferenciada y no desarrollan confianza ni incertidumbre respecto a su propia autonomía.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

Historia

En 1933, el psiquiatra estadounidense Jacob Kasanin acuñó el término de psicosis esquizoafectivas para describir a un grupo de pacientes con síntomas tanto afectivos como esquizofrénicos, en el que destacaba un inicio agudo en la juventud, posterior a un suceso vital estresante y un ajuste social premórbido adecuado. Su investigación fue publicada en junio de 1933, en el *American Journal of Psychiatry*, y consistió en la presentación de las historias de nueve casos de pacientes con síntomas afectivos y esquizofrénicos.

Por su parte, en la década de 1930, el alemán Kurt Schneider describió los “casos en el medio” que corresponden al actual esquizoafectivo, estudios posteriores mostraron cómo hasta 50% de los pacientes con síntomas esquizofrénicos y afectivos tenían un adecuado desenlace a largo plazo, comparados con los esquizofrénicos. Por esto, en 1963, Vailant clasificó a todos los pacientes en quienes se observó remisión de la esquizofrenia como esquizoafectivos. (Arenas y Rogelis, 2006).

Definición

Tomando como referencia lo expuesto en el DSM-IV-TR, la característica esencial del trastorno psicoafectivo consiste en la continuidad de un periodo continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un trastorno depresivo mayor, maniaco o mixto, de forma simultánea con síntomas de esquizofrenia, además, durante el mismo periodo de enfermedad han existido ideas delirantes o alucinaciones, por al menos dos semanas, sin síntomas afectivos causados, asimismo, los síntomas afectivos están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de la enfermedad.

La fase de la enfermedad con síntomas afectivos y psicóticos simultáneos se caracteriza por cumplir totalmente los criterios, tanto para la fase activa de la esquizofrenia como para un episodio depresivo mayor, un episodio maniaco o un episodio mixto.

Un patrón tipo de trastorno esquizoafectivo radica en la presencia de alucinaciones auditivas manifiestas o ideas delirantes de persecución durante dos meses antes de iniciar un manifiesto episodio depresivo mayor. A partir de entonces, ambos síntomas se mantienen durante tres meses, luego se da una recuperación completa del episodio depresivo mayor pero los síntomas psicóticos se mantienen todavía durante un mes más antes de desaparecer.

Tipos de trastornos esquizoafectivos

Al tener en cuenta lo anterior, pueden distinguirse dos tipos de trastornos esquizoafectivos:

Tipo bipolar: episodio maniaco o episodio mixto o puede presentarse un episodio depresivo mayor.

Tipo depresivo: episodios depresivos mayores.

Asociado al trastorno esquizoafectivo puede haber una pobre actividad laboral, un retraimiento social acusado, dificultades para el cuidado de sí mismo y un aumento del riesgo suicida. Los síntomas residuales y negativos son de menor gravedad y cronicidad que los que se ven en la esquizofrenia, igualmente, es frecuente la anosognosia el cual suele presentarse de forma menos grave y generalizada.

Existe un riesgo de presentar posteriormente episodios puros de trastorno del estado de ánimo, de esquizofrenia o esquizofreniformes, también trastornos relacionados con el consumo de alcohol u otras sustancias.

El trastorno esquizoafectivo tipo bipolar se da más recurrentemente en adultos jóvenes, mientras que el trastorno esquizoafectivo tipo depresivo parece ser más común en adultos mayores, a pesar de que la coincidencia es más elevada en mujeres que en hombres, la edad típica de comienzo es el inicio de la edad adulta aunque puede aparecer desde la adolescencia.

Según el CIE-10 los trastornos esquizoafectivos son trastornos episódicos en los cuales son prominentes los síntomas tanto afectivos como esquizofrénicos.

G1. El trastorno cumple criterios de alguno de los trastornos del humor (F30-F31-F32) de intensidad moderada o grave.

G2. Presencia clara de síntomas de por lo menos uno de los grupos siguientes:

1. Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
2. Ideas delirantes de control, de influencia o pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicos.
3. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre si acerca del enfermo u otros tipos de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
4. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, pero no solamente de grandeza o de persecución.
5. Lenguaje groseramente irrelevante o incoherente, o uso frecuente de neologismos.
6. Aparición intermitente pero frecuente de alguna forma de conducta catatónica, tal como mantenimiento de posturas, flexibilidad cérea y negativismo.

G3. Los criterios G1 y G2 deben cumplirse durante el mismo periodo del trastorno y simultáneamente, al menos, una parte del episodio. Los síntomas G1 y G2 deben ser prominentes en el cuadro clínico.

G4. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El trastorno no es atribuible a un trastorno mental orgánico o a intoxicación, dependencia o abstinencia de sustancias psicoactivas.

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco

Consiste en un trastorno en el que los síntomas de esquizofrenia y manía son tan prominentes, que el episodio de la enfermedad no justifica el diagnóstico de esquizofrenia ni

de episodio maniaco, esta categoría debe utilizarse tanto para un único episodio como para un trastorno recurrente en el que la mayoría de episodios sean esquizoafectivos de tipo maniaco.

Deben cumplirse los criterios generales de trastorno esquizoafectivo (F25) y los de manía (F30.1 o F31.1)

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo

Se dan los síntomas de esquizofrenia y depresión prominentes. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno esquizoafectivo (F25) así como los criterios de trastorno depresivo de gravedad moderada.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

Esquizofrenia cíclica y Psicosis mixta esquizofrénica y afectiva, además deben cumplirse los criterios de trastorno esquizoafectivo (F25) y los de trastorno bipolar mixto. (F31.6)

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación

Se trata de una Psicosis psicoafectiva, se puede especificar según el desarrollo longitudinal del trastorno:

F25.x0 solo síntomas afectivos y esquizofrénicos simultáneamente.

F25.x1 síntomas afectivos y esquizofrénicos que aparecen paralelamente, aunado a la persistencia de síntomas esquizofrénicos más allá de la duración de los síntomas afectivos.

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos

Se relaciona con un trastorno de ideas delirantes o alucinaciones que no justifiquen un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes persistentes, trastorno psicótico agudo y transitorio, episodio maniaco depresivo o depresivo grave con síntomas psicóticos.

Psicosis alucinatoria crónica.

Debe incluirse cualquier tipo de combinación de síntomas como ideas delirantes diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia más catatonía.

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS

Tipos de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas

A partir de lo expuesto en el CIE-10, en esta sección, se incluye una amplia variedad de trastornos que difieren en gravedad y forma clínica, pero todos son atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas que pueden ser o no de prescripción médica. Este diagnóstico solo debe realizarse en los casos en que el patrón de consumo de sustancias psicoactivas sea caótico o indiscriminado, o cuando la contribución de diferentes sustancias psicoactivas sea mixta de forma inextricable.

F10.0 Intoxicación aguda debida al consumo de alcohol

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0)
- B. Debe existir un comportamiento alterado que se manifiesta por al menos uno de los siguientes
 - 1. Desinhibición.
 - 2. Beligerancia verbal.
 - 3. Agresividad.
 - 4. Labilidad del humor.
 - 5. Deterioro de la atención.
 - 6. Juicio alterado.
 - 7. Interferencia en el funcionamiento personal.

C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:

1. Marcha inestable.
2. Dificultad para mantenerse en pie.
3. Habla disártrica (farfullante).
4. Nistagmo.
5. Disminución del nivel de conciencia.
6. Enrojecimiento facial.
7. Inyección conjuntival.

De igual modo, cuando la intoxicación es severa puede acompañarse de hipotensión, hipotermia y depresión del reflejo de ahogamiento.

F10.7 Intoxicación patológica

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0) con la excepción de que la intoxicación patológica se produce después de haber bebido cantidades de alcohol insuficientes para causar intoxicación en la mayoría de las personas.
- B. Presencia de agresividad verbal o comportamiento violento que no es habitual cuando la persona se encuentra sobria.
- C. La intoxicación se produce muy pronto tras el consumo de alcohol.
- D. No hay evidencia de un trastorno orgánico cerebral u otros trastornos mentales.

F11.0 Intoxicación aguda debido al consumo de opioides

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0)
- B. Debe existir un comportamiento alterado que se manifiesta por al menos uno de los siguientes :

1. Apatía y sedación
 2. Desinhibición
 3. Enlentecimiento psicomotor
 4. Deterioro de la atención
 5. Juicio alterado
 6. Interferencia en el funcionamiento personal
- C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:
1. Somnolencia
 2. Habla farfullante
 3. Contracción pupilar
 4. Disminución del nivel de conciencia

También, cuando la intoxicación aguda por opioides es grave puede acompañarse de depresión respiratoria e hipotermia.

F12.0 Intoxicación aguda debida al consumo de cannabinoides

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0)
- B. Debe existir un comportamiento alterado o anormalidades perspectivas, incluyendo algunos de los siguientes:
 1. Euforia y desinhibición
 2. Ansiedad o agitación
 3. Susplicacia e ideación paranoide
 4. Enlentecimiento temporal
 5. Juicio alterado
 6. Deterioro de la atención
 7. Deterioro del tiempo de reacción

8. Ilusiones auditivas, visuales o táctiles
9. Alucinaciones, con la orientación conservada
10. Despersonalización
11. Desrealización
12. Interferencia en el funcionamiento personal

C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:

1. Aumento del apetito
2. Boca seca
3. Inyección conjuntival
4. Taquicardia

F13.0 Intoxicación aguda debido al consumo de sedantes o hipnóticos

A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0)

B. Debe existir comportamiento alterado que se manifieste por, al menos, uno de los siguientes:

1. Euforia
2. Apatía o sedación
3. Actitud abusiva o agresividad
4. Labilidad del humor
5. Deterioro de la atención
6. Amnesia anterógrada
7. Rendimiento psicomotor alterado
8. Interferencia en el funcionamiento personal

C. Debe estar presente, al menos, alguno de los siguientes signos:

1. Marcha inestable
2. Dificultad para mantenerse en pie
3. Habla farfullante
4. Nistagmo
5. Disminución del nivel de conciencia
6. Ampollas o lesiones eritematosas en la piel

Así, cuando la intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos es grave puede acompañarse de hipotensión, hipotermia y depresión de los reflejos de ahogamiento.

F14.0 Intoxicación aguda debida al consumo de cocaína

A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0)

B. Debe existir un comportamiento alterado o anormalidades perspectivas que incluyan alguno de los siguientes:

1. Euforia y sensación de aumento de energía
2. Hipervigilancia
3. Creencias o actos de grandiosidad
4. Actitud abusiva o agresiva
5. Beligerancia verbal
6. Labilidad del humor
7. Conductas repetitivas estereotipadas
8. Ilusiones auditivas, visuales o táctiles
9. Alucinaciones, normalmente con la orientación conservada
10. Ideación paranoide
11. Interferencia en el funcionamiento personal

C. Deben estar presentes, al menos, dos de los siguientes signos:

1. Taquicardia o bradicardia
2. Arritmias cardíacas
3. Hipertensión o hipotensión
4. Sudoración y escalofríos
5. Náuseas y vómitos
6. Pruebas de pérdida de peso
7. Dilatación pupilar
8. Agitación psicomotriz o enlentecimiento
9. Debilidad muscular
10. Dolor torácico
11. Convulsiones

Frecuentemente, en los consumidores de cocaína, la interferencia en el funcionamiento personal se manifiesta tempranamente en la interacción social y varía de la sociabilidad extrema al aislamiento social.

F15.0 Intoxicación aguda debida al consumo de otros estimulantes, incluyendo la cafeína

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0)
- B. Debe existir un comportamiento alterado o anomalías perceptivas, como se manifiesta por, al menos, uno de los siguientes:
 1. Euforia y sensación de aumento de energía
 2. Hipervigilancia

3. Creencias o actos de grandiosidad
4. Actitud abusiva o agresiva
5. Beligerancia verbal
6. Labilidad del humor
7. Conductas repetitivas estereotipadas
8. Ilusiones auditivas, visuales o táctiles
9. Alucinaciones con la orientación conservada
10. Ideación paranoide
11. Interferencia en el funcionamiento personal

C. Deben estar presentes, al menos, dos de los siguientes signos:

1. Taquicardia o bradicardia
2. Arritmias cardíacas
3. Hipertensión o hipotensión
4. Sudoración y escalofríos
5. Náuseas y vómitos
6. Pruebas de pérdida de peso
7. Dilatación pupilar
8. Agitación psicomotriz o enlentecimiento
9. Debilidad muscular
10. Dolor torácico
11. Convulsiones

A menudo, en los consumidores de este tipo de sustancias, la interferencia en el funcionamiento personal se manifiesta temporalmente en las interacciones sociales y varía de la sociabilidad extrema al aislamiento social.

F16.0 Intoxicación aguda debido al consumo de alucinógenos

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0)
- B. Debe existir un comportamiento alterado o anomalías perceptivas, como se manifiesta por, al menos, uno de los siguientes:
 - 1. Ansiedad y temor
 - 2. Ilusiones o alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, que aparecen en pleno estado de vigilancia y alerta
 - 3. Despersonalización
 - 4. Desrealización
 - 5. Ideación paranoide
 - 6. Ideas de referencia
 - 7. Labilidad del humor
 - 8. Hiperactividad
 - 9. Actos impulsivos
 - 10. Deterioro de la atención
 - 11. Interferencia en el funcionamiento personal
- C. Deben estar presentes, al menos, dos de los siguientes signos:
 - 1. Taquicardia
 - 2. Palpitaciones
 - 3. Sudoración y escalofríos
 - 4. Temblor
 - 5. Visión borrosa
 - 6. Dilatación pupilar
 - 7. Incoordinación

F17.0 Intoxicación aguda debido al consumo de tabaco (intoxicación aguda por nicotina)

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0)
- B. Debe existir un comportamiento alterado o anormalidades perceptivas, como se manifiesta por, al menos uno de los siguientes:
 - 1. Insomnio
 - 2. Sueños extraños
 - 3. Labilidad del humor
 - 4. Desrealización
 - 5. Interferencia en el funcionamiento personal
- C. Debe presentarse, al menos, uno de los siguientes signos:
 - 1. Nauseas o vómitos
 - 2. Dificultad para mantenerse en pie
 - 3. Habla farfullante
 - 4. Nistagmo
 - 5. Disminución del nivel de conciencia: estupor, coma
 - 6. Debilidad muscular
 - 7. Visión borrosa o diplopía

De igual forma, la intoxicación aguda por inhalación de sustancias distintas a los disolventes debe codificarse aquí, también, cuando la intoxicación aguda por disolventes volátiles es grave puede acompañarse de hipotensión, hipotermia y depresión de los reflejos de ahogamiento.

F19.0 Intoxicación aguda debido al consumo de múltiples sustancias o de otras sustancias psicoactivas

Esta categoría debe utilizarse cuando hay pruebas de intoxicación aguda debido al consumo reciente de otras sustancias psicoactivas, fenciclidina o de múltiples sustancias psicoactivas entre las que no se sabe con certeza que sustancia predomina.

F1x.1 Consumo perjudicial

Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico o mental, también se da el abuso de sustancias psicoactivas.

- A. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.
 - B. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable.
 - C. La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un periodo de doce meses.
 - D. El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo periodo de tiempo.
- Excepto F1x.0

F1x.2 Síndrome de dependencia

Se trata de un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que incluye un deseo intenso de consumir la droga, así como de dificultades para controlarlo, persistencia en el consumo a

pesar de las consecuencias dañinas, mayor prioridad dada el consumo que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y abstinencia física.

El síndrome de dependencia puede presentarse por una sustancia psicoactiva específica, por una clase de sustancias o por un amplio rango de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

Alcoholismo crónico. Dipsomanía y Adicción de drogas.

Se deben haber presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante, al menos, un mes en el caso que persistan periodos inferiores a un mes o, deben haberse presentado repetidas veces y reiteradamente un periodo de doce meses:

- ~ Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
- ~ Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
- ~ Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo.
- ~ Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia: necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado.
- ~ Preocupación por el consumo de la sustancia que se manifiesta por el abandono o reducción de alternativas placenteras.
- ~ Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales

Puede identificarse con los siguientes códigos:

F1x.20 En abstinencia

F1x200 Remisión temprana

F1x.201 Remisión parcial

F1z.202 Remisión completa

F1x.21 En abstinencia pero en un medio protegido

F1x.22 En un régimen clínico supervisado de mantenimiento o sustitución

F1x.23 En abstinencia pero en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueadoras

F1x.24 Consumo actual de la sustancia

F1x.240 Sin síntomas físicos

F1x.214 Con síntomas físicos

F1x.25 Con consumo continuo

F1x.26 Con consumo episódico dipsomanía

F1x.3 Síndrome de abstinencia

Grupo de síntomas variables en clasificación y gravedad que se producen con el abandono completo o parcial de una sustancia psicoactiva tras un consumo persistente de la misma. Se limita en el tiempo y está relacionado con el tipo de sustancia psicoactiva y dosis consumida inmediatamente antes del cese o reducción del consumo, además puede complicarse con convulsiones.

Debe haber pruebas claras de un cese o reducción del consumo de la sustancia después de su consumo repetido.

Los síntomas y signos son compatibles con las características conocidas del síndrome de abstinencia, además no se justifican por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia ni por otros trastornos mentales o del comportamiento. Puede ser:

F1x.30 No complicado

Fx.31 Con convulsiones

F10.3 Síndrome de abstinencia al alcohol

Deben cumplirse los criterios del síndrome de abstinencia (F1x.3) así como tres de los siguientes signos:

1. Temblor en la lengua, párpados o en las manos extendidas
2. Sudoración
3. Náuseas, arcadas o vómitos
4. Taquicardia o hipertensión
5. Agitación psicomotriz
6. Cefalea
7. Insomnio
8. Malestar o debilidad
9. Ilusiones o alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
10. Convulsiones de gran mal

Si existe *delirium*, el diagnóstico será síndrome de abstinencia al alcohol con *delirium tremens* (F10.4).

F11.3 Síndrome de abstinencia a opioides

Deben cumplirse los criterios de F1x.3, además de tres de los siguientes signos:

1. Deseo imperioso de drogas opioides
2. Rinorrea o estornudo

3. Lagrimeo
4. Dolores o calambres musculares
5. Calambres abdominales
6. Nauseas o vómitos
7. Diarrea
8. Dilatación pupilar
9. Piloerección o escalofríos recurrentes
10. Taquicardia o hipertensión
11. Bostezos
12. Sueño no reparador.

F12.3 Síndrome de abstinencia a opioides

Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia así como tres de los siguientes signos:

1. Deseos imperioso de drogas opioides
2. Rinorrea o estornudos
3. Lagrimeo
4. Dolores o calambres musculares
5. Calambres abdominales
6. Nauseas o vómitos
7. Diarrea
8. Dilatación pupilar
9. Piloerección o escalofríos recurrentes
10. Taquicardia o hipertensión
11. Bostezos

12. Sueño no reparador

F12.3 Síndrome de abstinencia a cannabinoides

Se produce tras el cese de un consumo prolongado de altas dosis de cannabis, los síntomas incluyen ansiedad, irritabilidad, temblor en ambas manos extendidas, sudoración y dolores musculares.

F13.3 Síndrome de abstinencia a sedantes o hipnóticos

Deben cumplirse los criterios del F1x.3, así como tres los siguientes signos:

1. Temblor en la lengua, párpados o en las manos extendidas
2. Nauseas o vómitos
3. Taquicardia
4. Hipotensión postural
5. Agitación psicomotriz
6. Cefalea
7. Insomnio
8. Malestar o debilidad
9. Ilusiones o alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
10. Ideación paranoide
11. Convulsiones de gran mal

Si el *delirium* está presente debe hacerse el diagnóstico de síndrome de abstinencia a sedantes o hipnóticos con *delirium* (F13.4).

F14.3 Síndrome de abstinencia a cocaína

Deben cumplirse los criterios del F1x.3, así como dos los siguientes signos:

1. Letargo y fatiga
2. Enlentecimiento o agitación psicomotriz
3. Deseo imperioso de cocaína
4. Aumento del apetito
5. Insomnio o hipersomnias
6. Sueños extraños o desagradables.

F15.3 Síndrome de abstinencia a otros estimulantes incluyendo cafeína

Deben cumplirse los criterios del F1x.3, también se da la presencia de humor disforico y deben cumplirse dos de los siguientes signos:

1. Letargo y fatiga
2. Enlentecimiento o agitación psicomotriz
3. Deseo imperioso de cafeína
4. Aumento del apetito
5. Insomnio o hipersomnias
6. Sueños extraños o desagradables.

No se ha documentado la presencia de un síndrome de abstinencia a alucinógenos reconocido.

F17.3 Síndrome de abstinencia al tabaco

Deben cumplirse los criterios del F1x.3, así como dos los siguientes signos:

1. Deseo imperioso del tabaco o nicotina
2. Malestar o debilidad
3. Ansiedad

4. Humor disfórico
5. Irritabilidad e inquietud
6. Insomnio
7. Aumento del apetito
8. Aumento de la tos
9. Ulceraciones bucales
10. Dificultad en la concentración

F1x.4 Síndrome de abstinencia con *delirium*

Este síndrome implica *delirium* y convulsiones, asimismo, deben cumplirse los criterios de F1x.3, así como los de F05.

F1x.5 Trastorno Psicótico

Se trata de un grupo de fenómenos psicóticos que se producen durante el consumo de una sustancia psicoactiva o inmediatamente después de él, se caracteriza por alucinaciones, distorsiones de la percepción, ideas delirantes, alteraciones psicomotoras y un estado emocional anormal que puede ir del miedo intenso al éxtasis, también suele acompañarse de claridad del sensorio y obnubilación de la conciencia.

Los síntomas inician dentro de las dos primeras semanas de consumo de deben persistir un máximo de 48 horas y la duración del trastorno no debe exceder un máximo de seis meses.

Más detalles sobre este trastorno se presentan a continuación

F1x.50 Esquizofreniforme

F1x.51 Con predominio de ideas delirantes.

F1x.52 Con predominio de alucinaciones

F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos

F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos

F1x.55 Con predominio de síntomas maniacos

F1x.56 Trastorno psicótico

F1x.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol y otras sustancias psicoactivas

Este es un trastorno en el que los cambios cognoscitivos, afectivos, de la personalidad y el comportamiento inducido por el alcohol u otras sustancias psicoactivas persisten más allá del periodo en el que puede asumirse, razonablemente, que ha estado operando el efecto directo de una sustancia psicoactiva.

Su clasificación es la siguiente:

F1x.70 Con reviviscencias

F1x71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento

F1x.72 Trastorno afectivo residual

F1x.73 Demencia

F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente

F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío

En adición señala el DSM-IV-TR, que el trastorno psicótico inducido por sustancias tiene como principal característica, la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se

consideran efectos fisiológicos directos de una sustancia, a su vez, se distingue de un trastorno primario teniendo en cuenta el inicio, el curso y otros factores, asimismo, solo se produce en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, aunado a que, los síntomas psicóticos pueden continuar mientras continúe el consumo de la sustancia.

Así, se utilizan los siguientes subtipos para indicar el síntoma predominante en el cuadro:

Con ideas delirantes: predominio de estas.

Con alucinaciones: predominio de alucinaciones.

Del mismo modo, el contexto en el que se han iniciado los síntomas psicóticos puede indicarse por medio de las siguientes especificaciones:

De inicio durante la intoxicación: intoxicación por la sustancia, los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: abstinencia de la sustancia más aun que los síntomas aparecen durante o poco después del síndrome de abstinencia.

También, pueden presentarse en asociación con la intoxicación de sustancias como alcohol, alucinógenos, anfetaminas, y sustancias de acción similar como cannabis, cocaína, fenciclidina, además de otras sustancias de acción similar como inhalables, opiáceos (meperidina), sedantes, hipnótica y ansiolítica, y otras sustancias o desconocidas.

De igual manera, pueden presentarse en asociación con la abstinencia de las siguientes clases de sustancias: alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o desconocidas.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias no se resuelven con rapidez al retirar el agente que los causa, sustancias como las anfetaminas, la fenciclina y la cocaína provocan estados psicóticos temporales que algunas veces persisten durante semanas o incluso más a pesar de retirar el agente causal y de instaurar un tratamiento con neurolépticos.

Algunos medicamentos provocan síntomas psicóticos, entre ellos se incluyen anestésicos y analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antihipertensivos y medicamentos cardiovasculares, antimicrobianos y antiparkinsonianos, agentes antiquimioterapéuticos, corticosteroides, medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, antiinflamatorios no esteroideos y medicamentos de libre dispensación.

De forma similar los tóxicos que se han relacionado con la producción de síntomas psicóticos incluyen anticolinesterasa, insecticidas organofosforados, gases nerviosos, monóxido de carbono, dióxido de carbono y sustancias volátiles como combustible o pintura.

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Definición

El trastorno bipolar o trastorno afectivo bipolar corresponde a un grupo de trastornos, (por lo general graves), del estado de ánimo en el que se pueden presentar episodios maníacos, hipomaniacos, depresivos, mixtos o el paciente estar durante tiempos eurítmicos. (Gómez, Uribe y Alzate, 2008)

En el criterio de estos autores los pacientes presentan trastornos depresivos de larga evolución en los que la depresión se ve interferida por la aparición de episodios maníacos (TB tipo I) o hipomaniacos (TB tipo II) o mixtos (depresión y manía). En este último comúnmente denominado psicosis maniaco depresiva. Los episodios maníacos se caracterizan por un estado de ánimo elevado (euforia), expansión del ánimo (hiperactividad anómala) o irritabilidad, verborrea, traquipsiquia que llega en ocasiones a la fuga de ideas y a la alegría desenfrenada.

Historia

Según Gómez, Uribe y Alzate (2008), el concepto de manía continúa en evolución y aún no se tiene claridad respecto a la noción de trastorno bipolar. Como resultado de que desde la antigüedad hasta la actualidad las definiciones se realizan a partir de síndromes, y se basan exclusivamente en síntomas. A modo de ilustración obsérvense los siguientes exponentes:

Hipócrates: en su libro *La naturaleza humana*, en la teoría de los humores describe que la melancolía asociada con la aversión a la comida, dependencia, somnolencia, irritabilidad e inquietud se relaciona con la bilis negra y la manía con un exceso de bilis amarilla.

Sorano de Efeso: en el siglo I d.C., pensaba que la melancolía y la manía eran dos enfermedades similares con síntomas prodromáticos semejantes y de tratamiento parecido.

Arateo de Capadocia: en el siglo II d.C., elaboró una descripción y seguimiento de los trastornos psiquiátricos reconocidos en la actualidad como psicosis, y los síndromes mentales de causas orgánicas, sobre los trastornos del estado de ánimo, confecciono una descripción de la melancolía y la manía proponiendo una conexión entre ellas y afirmando la existencia de formas atenuadas, así como de las manifestaciones psicóticas de estos estados afectivos, su base temperamental, estacionalidad, virajes súbitos y la asociación de las formas maníacas con edad forma y sexo masculino, también sugirió que la manía era la etapa final de la melancolía.

Falret (1794-1826) y Kahlbaun (1882): ubicado en el siglo XIX con la era moderna del renacimiento de la bipolaridad, observaron el carácter cíclico en los depresivos y la alteración de episodios maníacos y depresivos, de ahí que se nombrara ciclotimia.

Emil Kraepelin (1856-1926): este autor describió la manía, la melancolía, la depresión recurrente y las variaciones leves del afecto, y propuso el nombre de maniaco depresiva en 1921 para aquellos sujetos que tendían a alternar entre estados maníacos e incluso depresivos, caracterizaba a la enfermedad como un continuo en el que la melancolía recurrente, la manía y los estados subsindromáticos interepisódicos de actividad, humor y cognición se entendían como parte del mismo proceso mórbido. Debido a lo anterior, se le ha considerado el padre del Trastorno Afectivo Bipolar.

Dunner: en 1976, introduce la distinción entre bipolar I (con episodios maníacos) y bipolar II (con episodios hipomaniacos).

Cade: en 1949, descubre las propiedades antimaniacas del litio, el cual se constituyó en el pilar para el tratamiento del Trastorno Bipolar.

Leonhard: en 1957 propuso la distinción entre bipolar que había reservado para pacientes con manía; y trastorno monopolar, para aquellos que presentaban cuadros depresivos, los bipolares tendrían más historia de manía en la familia y los monopulares tendrían una aparición más tardía, menos episodios y menos componentes genéticos.

Akiskal: en 1999 describe varios tipos de trastorno bipolar desde el planteamiento del espectro bipolar, en el que se describe que el TB ½ se caracteriza por depresiones y manías psicóticas en un trastorno esquizoafectivo bipolar.

Epidemiología

Para Gómez, Uribe y Alzate (2008), la incidencia del TB es difícil de estimar a raíz de la enfermedad, generalmente se diagnostica o se hace evidente después de un periodo de años, y con frecuencia no es diagnosticada al momento del primer episodio, las razones que se han señalado para estos casos es que la mayoría inician con un cuadro depresivo por el cual no se consulta, aproximadamente el 10% de las personas con trastorno depresivo desarrollan alguna forma de trastorno bipolar, y por lo general existen varios episodios depresivos antes de que se presente uno maniaco.

El trastorno bipolar I tiene una prevalencia de vida de 0,6 a 2% y es similar en ambos géneros, manteniéndose constantes los hallazgos entre culturas y diferentes grupos étnicos; el trastorno bipolar II, afecta alrededor del 0,2%-3% con un promedio de 0,5% de la población siendo más frecuente en mujeres mientras que el trastorno ciclotímico tiene una prevalencia de vida del 1%.

La edad más frecuente de inicio es entre los 15 y 25 años, por lo que el inicio de síntomas después de los 60 años se han asociado mayoritariamente a causas médicas generales y a menos antecedentes familiares de TB.

Para estos mismos autores, algunos pacientes pueden tener un patrón de manía a depresión o de depresión a manía con cada episodio, igualmente señalan la posibilidad de tener variaciones estacionarias del estado del ánimo.

Para finalizar el trastorno bipolar está asociado con una significativa mortalidad y morbilidad, en los que se ha indicado un riesgo de muerte por suicidio entre el 0% y el 30%.

Factores etiológicos

Manifiestan Gómez, Uribe y Alzate (2008) el desconocimiento sobre la causa del trastorno bipolar y la ausencia de marcadores biológicos. No obstante refieren los siguientes factores etiológicos:

Genéticos: el patrón de herencia no es claro, sin embargo se describe que un paciente con enfermedad bipolar tiene un 75% de probabilidad de tener un pariente cercano con psicosis maniaco depresiva. Las siguientes refieren a regiones de cromosomas que se han visto implicados son 4p, 4q, 6q, 8q, 10p, 12q, 16p, 18p, 18q, 21q y Xq.

Biológicos: se han propuesto los siguientes:

~ La función de las alteraciones neuroendocrinas en el origen de los trastornos del estado de ánimo se han centrado en la disfunción del eje hipotálamo-pituitario-adrenal. Mientras que el hipotálamo-pituitario-tiroideo se ha relacionado más con ciclación rápida.

~ Respecto a la influencia de las catecolaminas: los metabolitos de las catecolaminas como el 3-metoxi-4 hidroxifenilglicol está distribuido en la orina y LCR de pacientes con depresión y se ha visto aumentado en pacientes con manía.

~ Respecto a la vinculación de la serotonina: bajas concentraciones del metabolito de la serotonina, el hidroxindolacético (5-HIAA), se encuentra en la orina y LCR de pacientes depresivos particularmente se ha detectado también en aquellos que cometieron suicidio.

~ Se han descrito asociaciones de este trastorno con alteraciones en la serotonina al observarse alteraciones en la captación por parte de las plaquetas, y en relación con la noradrenalina al estudiar las acciones del litio sobre el ciclo del fosfetidilinositol y la modulación sobre la actividad del glutamato.

~ Se han descrito durante las crisis maníacas, hiperactividad dopaminérgica y desequilibrio del sistema adrenérgico y colinérgico.

~ Los inhibidores de la colinesterasa (fisostigmina) pueden disminuir transitoriamente los síntomas maníacos.

~ Un desequilibrio adrenérgico-colinérgico con disfunción del hemisferio no dominante y elevación de los niveles de noradrenalina a nivel simpático.

~ Alteraciones en los electrolitos podrían sugerir defectos en el funcionamiento de la membrana neuronal. Durante la depresión se incrementa la retención del sodio, la excreción del agua y el potasio los cuales disminuyen en los episodios maníacos. La disminución intraneuronal de sodio se postula para la aparición de episodios maníacos.

Cronobiológicos:

Se acompañan de alteraciones en los ritmos circadianos, que incluye la temperatura corporal y las hormonas como el cortisol, la melatonina y la hormona del crecimiento, así en estudios polisomnográficos se ha observado que la arquitectura del sueño muestra un acortamiento en la latencia del periodo de movimientos oculares rápidos durante un episodio depresivo mayor.

Psicosociales:

Se han postulado como posibles causantes las situaciones estresantes prolongadas, las condiciones socioeconómicas adversas, la pérdida de soporte social, la exposición a eventos traumáticos y baja autoestima, igual que otros factores asociados como la historia familiar de enfermedad afectiva, adolescencia o edad mayor a 25 años, historia de alcoholismo en la familia, separación o divorcio, eliminar aplicaciones obstétricas, trauma craneoencefálico y esclerosis múltiple.

Diagnóstico

Para Gómez, Uribe y Alzate (2008) existen ciertas características esenciales para diagnosticar episodios depresivos y expansivos, entre los rasgos fundamentales se han presentado los casos de depresión y exaltación resaltando los siguientes aspectos:

Afecto (ánimo): en los cuadros depresivos se puede encontrar tristeza, deseos de llorar, disminución de reacción ante eventos externos, pérdida de placer e interés por actividades usualmente placenteras, baja autoestima, apatía, sensación de vacío, tensión, ansiedad, irritabilidad y frustración. Asimismo, en los cuadros expansivos se puede observar exaltación afectiva, aumento del autoestima, sensación de omnipotencia, alegría exagerada, desmesurada o contagiosa, optimismo, generosidad, tendencia a involucrarse en diversas situaciones, irritabilidad, imprudencia, entre otros.

Pensamiento y cognición: en los trastornos afectivos se puede encontrar disminución de la concentración, baja productividad, enlentecimiento del pensamiento y del lenguaje, dificultad para tomar decisiones, culpa inapropiada, indecisión, pesimismo, desesperanza, ideas de minusvalía, ideación de muerte y suicida; del mismo modo, pueden coexistir síntomas psicóticos como alucinaciones o ideas delirantes que pueden o no estar de acuerdo con el estado de ánimo.

En los cuadros expansivos se observa una alta productividad, aceleración del pensamiento y del lenguaje que puede llegar a la fuga de ideas, sensación de gran lucidez, de ideación fácil y con poca autocritica; por su parte, en los episodios maniacos es frecuente encontrar actividad delirante megalomaniaca, persecutoria o autorreferencial y en ocasiones actividad alucinatoria.

Actividad psicomotora: por lo general, en los cuadros depresivos se evidencia un retardo psicomotor caracterizado por lentitud en los movimientos, estupor o en algunos casos catatonia, pobre comunicación o bajo tono; no obstante, en algunos casos puede observarse agitación, inquietud e hiperactividad sin propósito, sobretodo, asociados a cuadros de melancolía; mientras que, en los cuadros expansivos se observa hiperactividad, disminución de la necesidad del sueño, poca fatiga, exaltación de la libido, alta comunicación y tendencia al tono elevado.

Manifestaciones somáticas: entre los depresivos se encuentran el insomnio y la hipersomnía, disminución o aumento del apetito con sus consecuencias respectivas en el peso, disminución de la actividad sexual, disminución de la vitalidad, fatigabilidad y disminución de la energía. Aunado a quejas somáticas entre las que se encuentran dolores de cabeza y espalda, pesadez en las extremidades, quejas gastrointestinales y cardiovasculares.

En los cuadros expansivos se observa una disminución de la necesidad de dormir, aumento del apetito, aumento de la actividad sexual, sensación de gran energía y vitalidad, disminución de las quejas somáticas y escasa atención sobre dificultades de este tipo.

Tipos de Trastorno Afectivo Bipolar

Criterios de la CIE-10

Los criterios diagnósticos de los trastornos del humor vienen codificados en la CIE-10 en el capítulo V, en los códigos F30-39 Trastorno del Humor (afectivos) que contienen los trastornos bipolares y se distinguen en tres apartados:

F30 Episodio maniaco

Se especifican tres niveles de gravedad que comparten la exaltación del humor, y un aumento en la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo. Incluye: Trastorno bipolar aislado y Episodio maniaco aislado.

F30.0 Hipomanía

Es un grado menor de manía en el que las alteraciones del humor y del comportamiento son demasiado persistentes y marcadas, sin estar acompañadas de alucinaciones o ideas delirantes, Se da también la presencia de una exaltación leve y persistente del ánimo, un aumento de la vitalidad y de la actividad y por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental. Además, es frecuente que el individuo se vuelva más sociable, hablador, que se comporte con familiaridad excesiva, que muestre un excesivo vigor sexual y una disminución de la actividad del sueño.

Aunado a lo anterior, pueden alterarse la capacidad de atención y concentración, lo que genera imposibilidad para desarrollar con calma actividades laborales, de entretenimiento o descansar tranquilamente.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

Existe una exaltación del humor sin ninguna relación con el entorno que los rodea, estas pueden variar desde una jovialidad descuidada hasta una excitación casi incontrolable así como euforia se acompaña de aumento de la vitalidad con hiperactividad, logorrea y una disminución de las necesidades del sueño añadido a la pérdida de la inhibición social normal, imposibilidad para mantener la atención y gran tendencia a distraerse, también, la estimación de sí mismo crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas.

Pueden presentar trastornos de la percepción tales como una apreciación de los colores en formas especialmente vívidas o una preocupación por los detalles finos de las superficies o las texturas así como hiperacusia subjetiva; en algunos episodios maniacos el humor es irritable y receloso.

Se recomienda que para ejecutar algún diagnóstico el episodio debe durar al menos una semana, debe ser lo suficientemente grave como para alterar la actividad laboral y social de forma más o menos completa, la alteración del humor debe acompañarse de un aumento de la vitalidad y síntomas de logorrea, disminución de la actividad del sueño, ideas de grandeza y optimismo excesivo.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos

El grado de aumento de la estimación de sí mismo y las ideas de grandeza pueden desembocar en ideas delirantes de persecución, en los casos más graves pueden presentarse marcadas ideas delirantes de grandeza o religiosas referidas a la propia identidad o una misión especial, asimismo la fuga de ideas y la logorrea puede dar lugar a una falta de comprensibilidad del lenguaje, la excitación y la actividad física intensa y mantenida pueden

dar lugar a agresiones o violencias, es común que se presente deshidratación y abandono; por último, las ideas delirantes pueden ser congruentes o incongruentes

F31 Trastorno bipolar

Se caracteriza por la presencia de episodios reiterados en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que, en ocasiones, la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y en un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad, o de una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad.

Los episodios de manía comienzan de manera brusca y se prolongan durante un periodo que oscila entre dos semanas y cuatro o cinco meses, las depresiones tienden a durar más (seis meses). El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, la frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes.

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco

- a) El episodio actual satisface las pautas de hipomanía (F30.0)
- b) Se han presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos

- a) El episodio actual satisface las pautas de manía sin síntomas psicóticos (F30.1)
- b) Se han presentado menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos

- a) El episodio actual satisface las pautas de manía con síntomas psicóticos (F30.2)
- b) Se han presentado al menos otros episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado

- a) El episodio actual satisface las pautas de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1)
- b) Se han presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia de síntomas somáticos en el episodio depresivo actual:

F31.30 Sin síndrome somático

F31.31 Con síndrome somático

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos

- a) Episodio actual que cumple las pautas de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)
- b) Se han presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos

- a) El episodio actual cumple las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

- b) Se han presentado al menos otros episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto

El enfermo ha padecido en el pasado de al menos un episodio hipomaniaco, maniaco o mixto y en la actualidad presenta una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maniacos, hipomaniacos y depresivos en estos casos tanto los síntomas depresivos como los maniacos deben durar como mínimo dos semanas.

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión

El enfermo ha padecido al menos un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto en el pasado y por lo menos otro episodio maniaco, hipomaniaco, depresivo o mixto, pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del estado de ánimo ni la ha sufrido en varios meses.

F31.8 Otros trastornos bipolares

Incluye: Trastorno bipolar de tipo II y Episodios maniacos recurrentes.

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

Mencionan Gómez, Uribe y Alzate (2008) que en el marco de un trastorno bipolar tipo I o II se pueden presentar cuadros depresivos que se denominan depresión bipolar. Enfatizan la importancia de vigilar la presencia de estos, especialmente en el trastorno bipolar tipo I deben ser cuidadosamente manejadas por el riesgo de presentar viraje hacia la otra fase.

Trastorno ciclotímico (Ciclotimia)

Estado del ánimo inestable y persistente con numerosos periodos de depresión o euforia leve (hipomanía) ninguno de los cuales es tan severo y prolongado para justificar el diagnóstico de trastorno bipolar (F31) o trastorno depresivo recurrente (F33)

Tratamiento del Trastorno Bipolar

Gómez, Uribe y Azate (2008) plantean los siguientes criterios: agitación psicomotora, hetero o autoagresión, ideación suicida u homicida, alucinaciones de comando o con gran ansiedad, incapacidad de cuidarse a sí mismo, ideas delirantes con gran respaldo afectivo, difícil manejo en casa, pobre red de apoyo, historia de difícil manejo o mala respuesta al tratamiento, afectación del estado nutricional, conductas de riesgo, impulsividad marcada, insomnio grave, pobre o ninguna respuesta al tratamiento ambulatorio, complicaciones médicas que requieren hospitalización.

Los medicamentos de mayor uso durante los periodos depresivos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO) y los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS). El primero de estos, prolonga la vida a los neurotransmisores, incrementando así el flujo neuronal, el tratamiento tradicional para los síntomas maniacos del trastorno bipolar es el carbonato de litio, el cual disminuye los niveles de catecolaminas en el sistema nervioso. (Halgin y Krauss, 2003)

Los fármacos utilizables logran el control rápido de la agitación, la impulsividad, la agresión y las conductas de riesgo, estabilizan el patrón de sueño y controlan los síntomas psicóticos y de ansiedad.

Según Miklowitz, (2003) los antipsicóticos se aplican al tratamiento del trastorno bipolar debido a que algunas personas sufren alteraciones graves del pensamiento y de la

percepción que no se pueden controlar mediante estabilizadores tradicionales del estado de ánimo. Además, los antipsicóticos atípicos cuentan con propiedades antimaniacas por lo que pueden potenciar los efectos de los estabilizadores tradicionales del estado de ánimo y hasta pueden sustituirlos cuando la persona no responde bien al litio y a los antiepilépticos.

Por otra parte, los fármacos antipsicóticos se pueden usar como tranquilizantes o ansiolíticos para mitigar la ansiedad, la agitación o los problemas del sueño, se recomienda La Clozapina como tratamiento para la fase III si entre los 15 y los 20 días de tratamiento no se tiene respuesta con el neuroléptico (100-600 mg/día).

RETARDO MENTAL

Definición

Deficiencias mentales o retardo mental son dos maneras de denominar una patología que a través de la historia ha generado y aún genera formas de definición, comprensión y abordaje diferentes y opuestos.

Según Mises (citado en Barón, 2008) las orientaciones contradictorias en el enfoque de las deficiencias intelectuales todavía manifiestan el peso de actitudes pasionales que se remontan a la antigüedad.

American Association on Mental Deficiency, define el retardo mental como un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio, que se origina durante el periodo de desarrollo y que se acompaña de deterioro en una o más de las siguientes áreas: maduración, aprendizaje o adaptación social.

Mises (citado en Baron, 2008) concibe el retardo mental como un proceso multifactorial de largo plazo durante el cual la deficiencia se organiza y toma forma progresivamente, la lesión de la inteligencia coexiste con otros aspectos del funcionamiento mental y con modalidades variables del investimento del entorno y por el entorno el trastorno del “razonamiento” o de la “inteligencia” no se puede asimilar a una lesión aislada de una función única, conduce siempre a una perturbación más amplia que implica al individuo en su totalidad y obliga a tener en cuenta el contexto sociofamiliar.

Para el CIE-10 consiste en un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuye al nivel global de inteligencia, tal

como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. Puede acompañarse o no de cualquier otro trastorno somático o mental.

Historia

A través de la historia, los deficientes mentales han sido considerados como los depositarios del mal, una maldición, o como dueños de poderes extraordinarios, en Egipto eran adorados mientras que en Grecia los hacían desaparecer. (Barón, 2008)

Para esta misma autora, la ambivalencia se ha mantenido toda la historia, en La Edad Media estaban vinculados a la idea del pecado y de espiar la culpa de sus antepasados; en El Renacimiento, las posiciones se hacen menos extremas y se le reconoce al deficiente mental una dimensión humana pero el trato que se les daba era ambivalente, se rechazaban o se sobreprotegían.

De forma similar, en las investigaciones que se han dado a lo largo de los siglos XIX y XX, destaca Esquirol, quien realiza sus estudios asociados con deficiencias profundas, su interés era el simple cálculo estadístico del ámbito psicométrico; en Francia, el interés se ha centrado en la personalidad del deficiente mental, particularmente, en su aspecto relacional.

Los aportes de la bioquímica y de la genética desarrollados durante el siglo XX rescatan que la patología molecular de las anomalías metabólicas congénitas tales como la galactosemia, la fenilcetonuria y la homocistinuria, ligadas a la ausencia de una actividad enzimática de origen genético, así como el tratamiento y la profilaxis de determinados retardos mentales graves.

Epidemiología

La prevalencia se aproxima al 1% de la población, la incidencia más alta se recoge en edades escolares y mayoritariamente en varones, según Koplan y Sadock (citados en Barón,

2008) la prevalencia en personas mayores es menor, y en aquellos con retardo mental grave o profundo, tienen tasas de mortalidad más altas por causa de las complicaciones generadas por las enfermedades físicas asociadas.

Etiología

Factores genéticos biológicos:

Causas prenatales, sufrimiento fetal perinatal y causas posnatales.

Factores psicológicos-sociales:

La distorsión en las primeras experiencias tiene efectos en la evolución de los instintos, en el acceso a los procesos de individuación, en la elaboración de la función simbólica o en la introducción al registro del lenguaje.

Diagnóstico

Los grados de retardo mental se estiman generalmente mediante pruebas de inteligencia estandarizadas, las cuales se complementan con escalas que miden la adaptación social en un entorno determinado, según el CIE-10 las capacidades intelectuales y la adaptación social pueden variar a través del tiempo y mejorar como resultado del entrenamiento y la rehabilitación.

.0 Mínimo o ningún deterioro del comportamiento.

.1 Importante deterioro del comportamiento que requiere atención o tratamiento.

.8 Otros deterioros del comportamiento.

.9 Sin referencia al deterioro del comportamiento.

F70 Retraso mental leve

El Coeficiente Intelectual (CI) se encuentra aproximadamente en el rango de 50-69, suele acompañarse de dificultades de aprendizaje y en numerosas ocasiones incluye debilidad mental y subnormalidad mental leve.

Según Barón (2008) las habilidades sociales y de comunicación pueden ser adecuadas para niños de preescolar pero en la medida en la que se avanza en el colegio, las deficiencias cognitivas pueden diferenciarlos de otros estudiantes. Lo cual no impide que puedan alcanzar un funcionamiento a nivel de primaria y mantenerse a si mismo una vez alcanzada su capacidad laboral.

F71 Retraso mental moderado

El CI se encuentra aproximadamente en el rango 35-49, suele acompañarse de retrasos importantes del desarrollo en la infancia, aunque la mayoría puede desarrollar cierto grado de independencia en el cuidado propio y adquirir una comunicación adecuada, y algunas habilidades escolares. Incluye subnormalidad mental moderada.

F72 Retraso mental grave

El CI aproximadamente se encuentra en el rango de 20-34, se necesita un apoyo continuo. Incluye subnormalidad mental grave.

F73 Retraso mental profundo

El CI se encuentra por debajo de 20, se produce una limitación importante para cuidar de sí mismo, controlar esfínteres, comunicarse y moverse. Incluye subnormalidad mental profunda.

F78 Otro retraso mental

F79 Retraso mental no especificado

Debilidad mental sin especificar y subnormalidad sin especificar.

Por otra parte, Barón (2008) incluye algunas categorías de deficiencias utilizables para el diagnóstico como por ejemplo

Deficiencias mentales profundas

Se presentan múltiples deficiencias en los ámbitos sensorial, motor, somático, psíquico y social, y por lo tanto las perturbaciones adaptativas son muy importantes, cuando se examinan presentan una deficiencia intelectual profunda con una restricción grave de las posibilidades de autonomía y eficiencia.

Deficiencias ligeras

Las deficiencias ligeras son más numerosas y plantean el problema en el ámbito escolar, son sujetos que permanecen en el estadio del pensamiento concreto y no conseguirán llegar al pensamiento frontal, en su historia se encuentran carencias socioculturales, factores afectivos y ausencia de estimulación por el entorno.

Deficiencias armónicas y disarmónicas

Se debe prestar gran atención a los rasgos de personalidad, a las formas de relación con el entorno y a las condiciones de desarrollo. Se distinguen tres cuadros clínicos:

Deficiencias armónicas:

Cuadros de debilidad mental homogénea, armónica y fija, también desviaciones manifiestas que pueden estar relacionadas con las perturbaciones que afectan globalmente el desarrollo y la organización de las funciones cognitivas sea cual fuere la etiología, estas deficiencias se caracterizan por el predominio del cuadro deficitario en su papel dinámico. Y

es que toda organización mental parece estructurada en torno al déficit que permite la aparición de otros síntomas. De ahí que se eleve con la edad.

Deficiencias disarmónicas:

Se caracterizan por una desarmonía evolutiva en la que influye la deficiencia intelectual, las patologías de personalidad y trastornos instrumentales diversos como trastornos del lenguaje, trastorno gnósopráxico o distraxias.

Se pueden distinguir dos cuadros:

- Las deficiencias disarmónicas de carácter psicótico: cuyos rendimientos intelectuales están muy limitados y se acompañan de una profunda ansiedad, se expresan por conductas de agitación o retraimiento y comportamientos extravagantes, que se manifiestan en las pruebas de personalidad por una vida fantásica muy primitiva, una pobre distinción entre lo real y lo imaginario. Sin embargo no se puede hablar de una desestructuración global, ni tampoco de una ruptura total de la realidad.
- Las deficiencias disarmónicas de cariz neurótico: en las cuales el déficit intelectual es normalmente menos grave y está asociado con síntomas variables, idénticos a los hallados en niños no deficitarios, como fobias, obsesiones, conductas de fracaso o inhibición.

Exámenes complementarios

Tomando como referencia lo expuesto por Barón (2008), además de una historia clínica detallada, se deben tomar en consideración los siguientes exámenes:

- Examen físico.

- Examen neurológico detallado: alteraciones sensoriales, trastornos convulsivos, alteraciones en tono muscular y otros.
- Pruebas de laboratorio: análisis de sangre y orina, el cariotipo y las pruebas enzimáticas.
- Evaluación de la audición y el habla.
- Pruebas psicológicas.

CLOZAPINA O DIBENZODIAZEPINA

Historia

A partir de los años cincuenta del siglo XX se produjo una auténtica revolución en el tratamiento de la esquizofrenia, el cual ha alcanzado tres hitos históricos: la introducción clínica de la clorpromazina; la síntesis y posteriormente la utilización del haloperidol, y finalmente, el descubrimiento de la Clozapina, un fármaco con características atípicas como antipsicótico, y su utilización en el tratamiento de la esquizofrenia.

La introducción de los dos primeros fármacos supuso un avance farmacológico de enormes consecuencias y no solamente permitió un abordaje selectivo y eficaz para los pacientes esquizofrénicos sino que dio origen a la denominada era psicofarmacológica. Aunado a ello, con el descubrimiento de las propiedades atípicas de la Clozapina, este fármaco se convirtió en una referencia para el desarrollo de nuevos agentes antipsicóticos, más eficaces y seguros. (Vengoechea y Heinze, 2008).

Así, a finales de la década de los años cincuenta y principios de los años sesenta fueron publicados los efectos del primer antipsicótico atípico, la Clozapina, cuyo éxito radicó en el hallazgo de una molécula de estructura dibenzodiazepinica. Además de que las acciones farmacológicas de la Clozapina sobre síntomas negativos de la esquizofrenia se deben al antagonismo tanto de los receptores dopaminérgicos (D2) como de los receptores serotoninérgicos (5HT2A). (Vengoechea y Heinze, 2008).

Según Forum Clinic (2011), un programa interactivo para pacientes de la Clínica de Barcelona del Hospital Universitario Fundación bbva, en su desarrollo histórico, la Clozapina ha presentado algunas características peculiares:

- Por sus características bioquímicas debería ser un fármaco antidepresivo, en lugar de ser un antipsicótico.
- Desde el punto de vista cronológico fue un fármaco antipsicótico de primera generación, al mismo tiempo por sus características y actividad antipsicótica es el primero de los antipsicóticos de segunda generación.
- Su comercialización en diferentes épocas ha pasado por problemas que han frenado su utilización.

En la historia de la Clozapina existen tres periodos bien diferenciados; el primero, se inicia con su síntesis química en 1959 y su utilización clínica como antipsicótico; en el segundo periodo, la presentación de casos de agranulocitosis desde 1977 provocó la retirada del producto en muchos países; y por último, el tercero concuerda con la publicación del ensayo clínico multicéntrico (U.S. Clozaril Multicenter Trial) en 1988, su reutilización clínica hasta la actualidad.

Primer periodo

La síntesis de la Clozapina, 8-cloro-11- (4-metil-piperacínil)-5H-dibenzo[b,e][1,4] diazepina, con el nombre provisional de "W 108 LX 100-129 HF-1854", tuvo lugar en 1958, durante las investigaciones desarrolladas por la firma Wander Laboratories (Berna, Suiza), a partir de nuevas moléculas dotadas de actividad psicofarmacológica.

De esta forma, la Clozapina fue una de las, aproximadamente, 1.900 moléculas de la familia de las dibenzoxazepinas sintetizadas por el grupo del doctor F. Hünziker, a semejanza de la recientemente introducida imipramina, en las pruebas de experimentación animal, el perfil farmacológico de la Clozapina parecía estar más próximo como antipsicótico a la clorpromazina que a la imipramina como antidepresivo por lo que se decidió ensayarla en pacientes psicóticos.

Tras ser patentada en 1960, el primer ensayo clínico con Clozapina se inició en 1961 en la University Psychiatric Clinic de Berna, Suiza, las bajas dosis que se administraron fueron las responsables del fracaso del estudio. Sin embargo, pese a estos resultados, al año siguiente se inició un nuevo estudio en Austria por parte de Gross y Langner, en este nuevo intento de evaluar la eficacia de la Clozapina se incluyeron treinta y cuatro pacientes psicóticos, la mayor parte de ellos esquizofrénicos, quienes fueron tratados durante seis meses, empleándose dosis mucho mayores.

Los resultados de este segundo ensayo fueron definitivos, ya que veinticuatro de los pacientes obtuvieron una respuesta buena o muy buena e incluso siete de ellos pudieron reintegrarse a sus actividades laborales.

Como consecuencia directa de los antedichos resultados se dio la autorización para la comercialización de la Clozapina inicialmente en Suiza en 1962 y más tarde en otros treinta y cuatro países, diez años más tarde 2.900 pacientes habían sido tratados con Clozapina.

Segundo periodo

Un hecho que no deja de ser particular es que desde el año 1962 hasta 1972 únicamente se reportaron cuatro casos de agranulocitosis, con un solo caso de muerte, incidencia similar a la de otros antipsicóticos. Sin embargo, tres años después, en 1975, y al poco tiempo de su introducción en Finlandia, se reportaron en este país dieciséis casos de agranulocitosis, con ocho muertes, este hecho motivó la retirada del producto en muchos países o su utilización restringida en otros.

A pesar de los severos efectos secundarios observados y de su retirada de la terapéutica, los clínicos plantearon su reutilización basándose en su eficacia en ensayos clínicos, con lo que se demostró que era especialmente eficaz en pacientes con afectación

grave que no respondían al tratamiento con los antipsicóticos convencionales. También, influyeron las propiedades farmacológicas diferentes de la Clozapina y la ausencia de efectos extrapiramidales si se comparaba con los otros antipsicóticos de la época.

Tercer periodo

En 1988, el grupo del profesor John M. Kane publicó el estudio (U.S. Clozaril Multicenter Trial) que puede considerarse como un estudio histórico y que permitió la reintroducción de la Clozapina en EE.UU (febrero de 1990) y en el Reino Unido (enero de 1990). En este ensayo multicéntrico, se reclutó a pacientes esquizofrénicos resistentes al tratamiento convencional, que consistía en dosis elevadas de haloperidol, en total se incluyeron 268 pacientes, procedentes de dieciséis centros.

Los resultados evidenciaron que la Clozapina era más eficaz que la clorpromazina, no sólo en el alivio de la sintomatología positiva, sino también en el alivio de la negativa (trastornos afectivos, inhibición emocional y retraso psicomotor), con un porcentaje de mejoría del 30% al cabo de seis semanas, comparado con un 4% de los pacientes tratados con clorpromazina.

Aproximadamente un año después de la publicación de este estudio, las autoridades sanitarias del Reino Unido concedieron a Sandoz Pharmaceutical (propietario de Wander Laboratories desde 1972), la autorización para el tratamiento con Clozapina en pacientes con trastorno esquizofrénico resistentes al tratamiento convencional, como condición, los pacientes deberían estar registrados en un programa especial de seguimiento basado en un estricto control del recuento de leucocitos, con el objetivo de detectar precozmente la posible aparición de trastornos hematológicos.

Tras la fusión de las empresas químicas suizas Ciba-Geigy y Sandoz se produjo la separación en 1997 del departamento farmacéutico, motivo por el cual se fundó Novartis Farmacéutica que se hizo cargo de la comercialización de la Clozapina hasta la actualidad.

Uso y administración

La Clozapina, según Moizeszowics, Marmer y Suarez (2007) tiene una afinidad relativamente baja para los receptores DA1 y DA2 a los que bloquea de forma homogénea lo cual tiene que ver con su menor propensión a producir efectos extrapiramidales y disquinesias tardías.

Actúa a nivel de otros neurotransmisores, bloqueando receptores muscarínicos, acetilcolínicos y alfa-adrenérgico. Aparentemente no interactúa con receptores sigmaopioides ni tiene una acción preponderante sobre el GABA. La forma de administración de la Clozapina es oral, en tabletas de 25 y 100mg, en general, se comienza con 25mg por la noche y se incrementa hasta 25-50 mg por día cada 2-3 días según la tolerancia de quien recibe. Las dosis oscilan mayoritariamente entre 250-450 mg/d (rango extremo: 25-900 mg/d). (Moizeszowics, Marmer y Suarez, 2007).

Dentro de las características generales de la Clozapina, según Forum Clinic (2011), se debe tomar en consideración que el cerebro está formado por un conjunto de redes, extraordinariamente organizadas, creadas a partir de células especializadas llamadas neuronas, que se comunican entre sí por medio de reacciones químicas, la misión de los psicofármacos es normalizar las alteraciones de comunicación química entre neuronas, alteraciones producidas por enfermedades psiquiátricas.

La comunicación química entre neuronas se basa en la emisión de un neurotransmisor (dopamina, serotonina, etc.) hacia sus receptores correspondientes, nombrados por un símbolo (D para dopamina, 5HT para serotonina, etc.) seguido de un número cuando hay

varios receptores para el mismo neurotransmisor. La acción de los antipsicóticos depende de su afinidad con los diferentes receptores de las neuronas, un antipsicótico de primera generación como el haloperidol presenta su máxima afinidad con los receptores de dopamina D2/D1.

La Clozapina, en cambio, tiene afinidad con diferentes receptores y relativamente poca con los receptores de dopamina, que es el neurotransmisor que se considera mayormente implicado en la esquizofrenia. Esta es la característica bioquímica de los antipsicóticos de segunda generación y el motivo de que, en ocasiones, se los mencione como atípicos.

Esta diferencia de acción viene también reflejada en los efectos secundarios; los antipsicóticos de primera generación tienden a provocar generalmente sedación y efectos extrapiramidales (temblor, marcha lenta, dificultad de movimientos, etc); los de segunda generación, por su relativa acción con los receptores de dopamina no producen estos efectos secundarios extrapiramidales, pero su acción sobre los de serotonina puede llegar a desarrollar un síndrome serotorinérgico.

Las guías clínicas y los algoritmos de actuación para el tratamiento de la esquizofrenia sitúan a la Clozapina en una tercera etapa, esta es, cuando en las previas se han utilizado correctamente dos antipsicóticos diferentes a la dosis y a la duración apropiada, sin que el paciente presente una respuesta suficiente.

Un caso especial es el riesgo de suicidio, la Clozapina es el antipsicótico mejor estudiado y es de primera indicación, se ha demostrado que tiene un mayor efecto terapéutico en los pacientes que presentan ideación suicida persistente o crónica.

Vengoechea y Heinze (2008) exponen generalidades del uso y la funcionalidad de la Clozapina rescatando lo siguiente:

Farmacocinética

La Clozapina se absorbe rápidamente por el tracto gastrointestinal y las concentraciones máximas en plasma se alcanzan entre una y cuatro horas después de ser administrada. El fármaco es completamente metabolizado y tiene una semivida de entre diez y dieciséis horas.

Moizeszowics, Marmer y Suarez (2007) señalan que es posible que exista un efecto acumulativo, ya que se reportan mejorías a partir de las 4-6 semanas en el 14%, después de la 12-18 semanas en el 41%

Farmacodinamia

La acción de la Clozapina consiste en bloquear los receptores postsinápticos de dopamina de los cuatro sistemas dopaminérgicos fundamentales del cerebro entre ellos sistema mesolímbico (cuya acción antidopaminérgica explicaría la mejoría de los síntomas positivos de la esquizofrenia); el sistema mesocortical (cuyo bloqueo podría empeorar los síntomas cognitivos y negativos especialmente a nivel cortical); el sistema nigroestriado o el de los ganglios basales (cuyo efecto produciría síntomas extrapiramidales); y de último, el sistema tuberoinfundibular (cuyo bloqueo llevaría a la producción de síntomas endocrinos como la galactorrea)

Aspectos específicos

La Clozapina es una molécula aprobada en el tratamiento de la esquizofrenia resistente así como en el primer episodio psicótico y otros trastornos psicóticos, además se ha sugerido que disminuye la tendencia suicida y el consumo de tabaco, se utiliza también en

la disquinesia tardía grave o en aquellos pacientes con una especial sensibilidad a los efectos extrapiramidales de los antipsicóticos típicos.

Efectos secundarios

Se caracteriza por la ausencia o baja inducción de efectos extrapiramidales secundarios, en general no causa distonia aguda y se asocia a poca incidencia de parkinsonismo, así como a la ausencia del síndrome del conejo y acinesia; también, se ha informado menor frecuencia de disquinesia tardía, y ausencia de galactorrea.

Entre los efectos más destacados en la Clozapina se encuentran la agranulocitosis y las convulsiones:

Agranulocitosis: que puede ser de manera súbita o gradual, especialmente en los primeros seis meses, por lo que la Clozapina No puede usarse en combinación con carbamazepina.

Según Moizeszowics, Marmer y Suarez (2007) se detectó por primera vez en Finlandia, en 1975, se señala, también, que puede comenzar una vez transcurrido el primer año de tratamiento.

Por otra parte, en Forum Clinic (2011) se plantea que esta alteración hematológica consiste en una disminución en el recuento de neutrófilos, un tipo de leucocitos cuya misión principal es la eliminación de microorganismos, especialmente en las áreas de inflamación aguda, o en las áreas que actúan como protección en la superficie de las mucosas.

La disminución de neutrófilos puede comportar una disminución del sistema inmunológico con el consiguiente peligro de complicaciones que pueden ser graves, se considera un límite peligroso si hay menos de 1.500 neutrófilos por mm³ de sangre (o 1.500 x 10⁹/L según las unidades que utilice el laboratorio que lo analice), de igual modo, se ha investigado la posible relación de mecanismos inmunitarios o genéticos del paciente con la aparición de este efecto secundario sin obtener resultados definitivos que la confirmen.

En 1992, dos años después de reintroducida la Clozapina, 2.337 pacientes británicos recibieron el fármaco, de ellos únicamente el 3,2% desarrolló neutropenia, reportándose un solo fallecimiento por agranulocitosis. Sin embargo, las molestias ocasionadas por el control hematológico y la trascendencia de los efectos adversos han motivado unos índices de incumplimiento terapéutico muy elevados.

Asimismo, la cuidadosa selección de los pacientes es un factor importantísimo en el éxito del tratamiento, en la actualidad después de diez años de vida del programa de control hematológico del tratamiento con Clozapina se ha puesto de manifiesto que la frecuencia de casos de neutropenia durante períodos de cinco años de tratamiento en pacientes sometidos a este control es de 0,38%.

En caso de presentarse agranulocitosis por utilización de Clozapina (esto ocurre normalmente entre las cuatro y las dieciocho semanas, Es inusual que se presente antes o después de estas fechas, pero no imposible), se debe realizar un análisis hematológico a fin de determinar el recuento leucocitario cada semana durante los primeros seis meses y, a partir de entonces, cada dos semanas.

De manera similar, si se presenta peligro de agranulocitosis por disminución grave de leucocitos (tabla I) la interrupción de la medicación una vez identificada neutropenia, hace que el paciente recupere generalmente la normalidad de su recuento leucocitario a las dos o tres semanas.

Tabla I - Datos analíticos para detectar el peligro de agranulocitosis y medidas a tomar

Recuento leucocitario	Granulocitosis Neutrófilos	Medidas a tomar
$\geq 3.500 / \text{mm}^3$ ($\times 10^9/\text{L}$)		Control de recuento y fórmula leucocitaria
$< 3.500 / \text{mm}^3$ ($\times 10^9/\text{L}$)	$2.000 - 1.500 / \text{mm}^3$ ($\times 10^9/\text{L}$)	Control dos veces por semana de granulocitosis y leucocitos
$< 3.000 / \text{mm}^3$ ($\times 10^9/\text{L}$)	$< 1.500 / \text{mm}^3$ ($\times 10^9/\text{L}$)	Retirada del tratamiento de inmediato. Monitorizar al paciente con recuentos hematológicos diarios.

Dentro de sus características de la agranulocitosis se encuentran:

- ~ Incidencia: 1% - 2%
- ~ Aparentemente no relacionada con dosis total ni con duración de la terapia pero el periodo de riesgo seria de la 6 y la 18 semana.
- ~ Aparece a mediana edad
- ~ Mecanismos tipo toxico y tipo inmune.
- ~ De instalación entre gradual y rápida

Convulsiones: es el otro efecto secundario que se ha señalado como consecuencia de la medicación con Clozapina con las convulsiones, presentes en al menos el 5% de los pacientes.

Del mismo modo, se han resaltado otros efectos secundarios como reacciones colaterales de tipo anticolinérgico, taquicardia, hipotensión ortostática, cambios electrocardiográficos inespecíficos, sedación, sialorrea.

Los posibles efectos secundarios cardiacos (taquicardia, fatiga e hipotensión ortostática) se presentan ocasionalmente al modificar las dosis de Clozapina, empero esta situación puede ser evitada si aumenta como máximo 50 mg cada dos días.

Por otro lado, en casos de hipotensión ortostática que se manifiesta con sensación de mareo al cambiar de posición, el paciente puede evitarla aprendiendo a levantarse lentamente cuando está estirado, sin tener más consecuencias. Otros efectos secundarios cardiacos como la miocarditis o el alargamiento del segmento QT en el electrocardiograma se presentan en ocasiones excepcionales. (Forum Clinic, 2011)

Según Álvarez (2008) en el prospecto oficial del producto, tomando como referencia la revisión realizada en febrero 2002, los efectos adversos se agrupan en dos categorías: los más comunes que se consideran causa de discontinuación por los usuarios, y los observados con más frecuencia:

- Aumento de peso
- Síndrome metabólico
- Alteraciones en el metabolismo de la glucosa
- Aparición de la Diabetes Mellitus Tipo 2
- Cetoacidosis diabética
- Dislipidemias

Según Forum Clinic (2011) la utilización de los antipsicóticos de segunda generación, incluida la Clozapina debe ser controlada y con esto detectar la posible aparición del síndrome metabólico, caracterizado por los parámetros que se citan a continuación (tabla II).

Tabla II - Síndrome metabólico como efecto secundario del tratamiento con antipsicóticos

SÍNDROME METABÓLICO		
Obesidad abdominal hombre	hombres	> 94 cm cintura
	mujeres	> 80 cm cintura
Triglicéridos		≥ 1.70 mmol/L (≥ 150 mg/dl)
Colesterol HDL	hombre	< 1.04 mmol/L (< 40 mg/dl)
	mujeres	< 1.30 mmol/L (< 50 mg/dl)
Presión arterial		$\geq 130 / \geq 85$ mm Hg
Glicemia en ayunas		≥ 6.1 mmol/L (≥ 110 mg/dl)

Entre los efectos secundarios debidos al síndrome metabólico, el aumento de peso es uno de los que más preocupa y que afecta la calidad de vida de los pacientes, en estudios efectuados en un período de seis meses, el aumento de peso en los pacientes que lo presentan varía entre tres y ocho kilos.

Como causas del síndrome metabólico se han propuesto varias hipótesis:

- 1) Efecto del antipsicótico sobre los receptores histamínicos.

2) Interferencia en la metabolización de la leptina, hormona que envía la señal de saciedad al cerebro.

3) Acción sobre el neuropéptido que estimula el apetito, la complicación más grave del aumento de peso puede ser la aparición de diabetes.

Otros efectos secundarios del tratamiento con Clozapina pueden ser la propensión al estreñimiento, a la sedación o, a dosis altas, así como la posibilidad de presentar convulsiones.

Efectos adversos

Según Moizeszowics, Marmer y Suarez (2007) se pueden presentar algunas convulsiones y la sedación temprana, como efecto antiparasimpático se puede presentar una moderada taquicardia sinusal.

Finalmente pueden observarse pequeñas elevaciones de la temperatura corporal que deben diferenciarse de la febrícula de la infección, asociada a agranulocitosis y al síndrome neuroléptico maligno.

MARCO METODOLOGICO

Estrategia Metodológica

Este estudio se plantea como una propuesta de Caracterización sociodemográfica y psicológica de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico así mismo se ubica dentro de una investigación exploratoria, pues procura examinar un tema o problema de investigación poco estudiado que no ha sido abordado anteriormente, con el cual se pretende familiarizarse con fenómenos desconocidos para, posteriormente, ubicarse en un estudio descriptivo, donde se busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que se analice. (Hernández, citado por Canales y Sandoval, 2007)

Así que se define como un estudio cuantitativo no experimental transeccional, exploratorio y descriptivo, adicionalmente, cabe mencionar que Kirlenger, (citado en Barrantes, 2007) expone que la investigación no experimental es una indagación empírica y sistemática en la cual no se tiene control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables.

Como consecuencia la finalidad de las investigaciones no experimentales transeccionales es comenzar a conocer una comunidad, un contexto, un evento, una situación, una variable o un conjunto de variables, representan una exploración inicial en un momento específico, al tiempo que se le aplican a problemas de investigación nuevos o poco conocidos. Por otra parte, los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables, el procedimiento consiste en medir o ubicar a un grupo de personas, objetos, situaciones,

contextos, fenómenos, en una variable o concepto y proporcionar su descripción. (Hernández y otros, 2007)

Las investigaciones exploratorias sirven como antecedente o preparación a otras investigaciones, u objetivo consiste en examinar un tema poco estudiado y que no se ha investigado aun. De ahí que las investigaciones descriptivas, como su nombre lo indica, describen situaciones o eventos y buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. (Barrantes, 2007)

Según Hernández y otros (2007) los estudios descriptivos pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. Pueden integrar las mediciones o información de cada una de las variables o conceptos para decir como es o como se manifiesta el fenómeno de interés.

Por su parte, según Rojas (1987) y Kerlinger (1995) (ambos citados en Araya y Morera, 2004), el estudio exploratorio pretende efectuar un acercamiento a un fenómeno de la realidad social poco abordado. Además, Barrantes (2007) añade que el estudio exploratorio se realiza para obtener un primer conocimiento de determinada situación.

Posteriormente se utilizara como herramienta para recolectar la información la observación sistemática estructurada, para Hernández y otros (2007) la observación consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o de conducta manifiestos, en un fin es una forma de observación del contenido de comunicaciones verbales y no verbales.

También se utilizará una entrevista estructurada, la cual, según Barrantes (2007) permite el contacto con las personas, facilita la labor de persuasión, precisa y aclara

preguntas, verifica las respuestas y capta el ambiente natural, se observan opiniones y actitudes y permite apreciar el lenguaje no verbal.

Para la elaboración de dicha entrevista se tomó como referencia la Escala de Intensidad de Apoyos (Support, Intensity Scale, SIS) la cual tiene como posibles finalidades:

- Identificar el perfil y la intensidad de las necesidades de apoyo de una persona.
- Proporcionar una medida de las necesidades específicas de apoyo para la realización de planes individualizados de adaptación y apoyo.
- Proporcionar una medida fiable para la supervisión de los procesos y los resultados de los planes de intervención y apoyo.
- Proporcionar información objetiva sobre las necesidades de apoyo para los estudios de coste, para la planificación y asignación de recursos en centros, organismos o comunidades y para el diseño de las políticas de protección social.

Igualmente la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS) de J. R. Thomson, cuya adaptación española se presenta ahora, figura como un instrumento publicado por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD, antes Asociación Americana de Retraso Mental) en 2004, este se ha constituido como el primer instrumento de evaluación publicado, de acuerdo con el cambio de paradigma en la discapacidad intelectual iniciado por la AAIDD en 1992, y posteriormente, desarrollado en 2002.

La SIS es el único instrumento en todo el mundo diseñado exclusivamente para identificar y medir las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad intelectual, a fin de ayudarles a llevar una vida normal e independiente.

Por su lado países como México, se han realizado evaluaciones por jueces expertos en la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS), (versión español) para determinar su adecuación a la población mexicana con Enfermedad Mental Severa (EMS), y como resultado se obtuvo que el instrumento, originalmente diseñado para personas con discapacidad intelectual, es congruente con el concepto multidimensional de calidad de vida y el modelo social de discapacidad.

Se analizó, también, la equivalencia semántica de los *ítems* adaptados a través de jueces expertos, la fiabilidad de las subescalas mediante el coeficiente, Alfa de Cronbach y la validez concurrente entre la SIS y la GAF. El promedio de semejanza con el original fue 9,91 sobre 10 (DE=0,14). Los coeficientes de fiabilidad fueron superiores a 0,95 y las correlaciones entre la SIS y la GAF fueron entre medias, altas y significativas. Los resultados confirman que la escala SIS con mínimas adecuaciones de forma pueden usarse para conocer las necesidades y expectativas en personas con enfermedad mental en el contexto mexicano.

Esta escala se creó como respuesta a los cambios en la que la sociedad percibe a las personas con discapacidad y se relaciona con ellas, del mismo modo, proporciona información que puede ayudar a los equipos de planificación a entender las necesidades de apoyo. De ahí que se considere fundamental en la elaboración de la Entrevista a utilizar para la eventual caracterización sociodemográfica y psicológica de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico.

En general se considera que este tipo de estudio es el más adecuado para esta investigación, ya que aunque existen antecedentes históricos en materia de esquizofrenia y el uso de fármacos como la Clozapina, ninguno profundiza en características sociodemográficas y psicológicas de la Clínica de Clozapina en la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Participantes de la Investigación

Todos los y las pacientes, familiares y/o encargados, de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Proceso de recolección de los participantes

Se contactaría con funcionarios del Equipo Interdisciplinario de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico debido a que ellos podrían facilitar una lista con los datos generales de los usuarios (ver anexo).

Seguidamente se realizará una revisión de expedientes clínicos de cada usuario y se contactará con cada uno, sus familiares o personas encargadas de sus cuidados, posteriormente se les comentarán los protocolos de la investigación y se solicitará el aval, también se mantendrá un diálogo inicial, en el que se les brindará información y se consignará la aceptación de participación en el documento denominado “Consentimiento Informado” tanto a los usuarios como a sus familiares o encargados. Asimismo, se le solicitará al paciente, a su familia o a las personas encargadas, su anuencia para la realización de una entrevista.

Si alguno de los usuarios, familiares o personas encargadas no quisieran participar se les agradecerá.

Procedimiento de recolección de la información

Este procedimiento será realizado tanto por el investigador como por la investigadora quienes alternarán las funciones de observador (a) y entrevistador (a).

El/la Entrevistador (a) realizará la entrevista estructurada con base en una guía previamente elaborada (ver anexo).

El/la observador (a) será la encargada de ir realizando anotaciones de los aspectos que se podrían profundizar o temas que se han dejado de lado durante la entrevista.

Encuadre del Consentimiento Informado

Yo psicólogo del último año de la Residencia en Psicología Clínica estoy realizando una investigación sobre las características sociodemográficas y psicológicas de los usuarios de la Clínica de Clozapina del Hospital Nacional Psiquiátrico; por este motivo, quisiera que me hablara un poco sobre sus experiencias, opiniones y vivencias. Sin embargo antes, quiero leerle el consentimiento informado y luego seguir con la entrevista.

Encuadre de la Entrevista

En esta entrevista deseo dialogar con usted acerca de sus experiencias, vivencias y opiniones, con respecto a temas específicos que deseamos abordar.

Se realizarán las entrevistas que se consideren necesarias y se les agradecerá su colaboración.

Análisis y Sistematización de la Información

Las entrevistas serán transcritas en su totalidad en forma literal, como técnica se utilizará el análisis de contenido, el cual según Barrantes (2007) se emplea para estudiar la comunicación objetiva, sistemática y de forma cuantitativa. El propósito al efectuar este tipo de análisis consiste en la creación de inferencias válidas y confiables de datos dentro de un contexto.

Tal procedimiento Se ejecuta por medio de una codificación que consiste en un proceso por medio del cual las características relevantes del contenido de un mensaje son transformados a unidades que permiten su descripción y análisis.

Para llevar a cabo este tipo de análisis es necesario realizar una reducción de datos por medio de la separación de unidades, utilizar criterios temáticos, es decir, considerar unidades en función del tema abordado, lo que implica una categorización.

Para el análisis estadístico se utilizará la codificación y digitación de la entrevista mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Confiabilidad y Validez

Para garantizar la confiabilidad, después de cada entrevista se tendrá una reunión con un experto en el tema y la metodología, se analizará la entrevista en cuanto se recoja la información para garantizar que no se den sesgos de los prejuicios de los investigadores.

En cuanto a la validez de lo que se transcribe, se cumplirá con la elaboración de un instrumento que aborde cada una de las variables a explorar, lo anterior, mediante autenticidad de contenido al procurar que el instrumento de medición contenga representados prácticamente todos los *ítemes* del dominio de contenido de las variables a medir. Además, se utilizará la validez concurrente ya que los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto de tiempo.

Por último se realizará una validez de constructo en vista de que las variables medidas tienen lugar dentro de un esquema teórico.

REFERENCIAS

- Aldaz, J. & Vásquez, C. (1996). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. España: Siglo veintiuno de España Editores, S.A
- Alemán, C. & Vega, S. (1993). Esquizofrenia y Familia. Dinámica Familiar de dos pacientes diagnosticados como esquizofrénicos en la Clínica Integrada de Tibás. Un estudio de casos. Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Álvarez, N. (2008) Impacto de la Clozapina sobre el perfil de riesgo cardiovascular en los pacientes de los pabellones 3 del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los tercer y cuarto trimestre del 2007. Tesis para optar al grado de Especialidad en Psiquiatría. San José: Universidad de Costa Rica.
- Araya, N. y Morera, G. (2005) El significado de ser padre adolescente: estudio de caso de cinco padres adolescentes guanacastecos. Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología. Liberia: Universidad de Costa Rica.
- Arenas, A., y Rogelis, A. (2006) *Revision de la historia del Trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad.* En: Universidad Medica Volumen 47, Numero 2. En: www.javeriana.edu.co Fecha: 07 de enero del 2012. Hora: 05:41 p.m
- Barrantes, R. (2007) *Investigación. Un camino al conocimiento. Un enfoque cuantitativo y cualitativo.* Decima segunda Edición. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

- Barón, P. (2008) *Retardo Mental* En Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M. Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Tercer Edición. Bogotá: Editorial Medica Panamericana
- Bermúdez, R. (2006) Programa Psicoeducacional dirigido a Familias de Personas con Esquizofrenia del Hospital Nacional Psiquiátrico-Programa de Hospital Diurno. Proyecto de Practica Dirigida para optar el grado de Licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Canales, G. y Sandoval C. (2007). Análisis de una experiencia comunitaria alternativa a la institucionalización psiquiátrica: caracterización del desempeño de un grupo de personas con un problema de salud mental que viven bajo el modelo de residencias privadas. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. San José, Universidad Fidelitas.
- Cervera, S y Seva A. (2006). *Esquizofrenia resistente al tratamiento farmacológico*. Actas Españolas de Psiquiatría.
- CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Décima Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Madrid: Meditor
- Cruz, M., Jenaro, C., Pérez, M., y Flores, N. (2010) *Aplicabilidad de la escala de intensidad de apoyos (SIS), en población mexicana con enfermedad mental severa*, En Revista Latino-Americana. Enfermagem Volumen 18. Fecha: 25 de enero del 2012. Hora: 11:57 a.m. En: www.eer.usp.br/rlae

DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.

Barcelona: Masson, S.A.

Essali, A-Haj Haasan et al (2009). *Clozapina versus fármacos neurolépticos típicos para la esquizofrenia*. (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009

Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://update-software.com>.

(Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD000059. Chichester,

UK: John Wiley & sons, Ltd).

First, M., Frances, A. y Pincus, H. (1996) *DSM-IV Manual de diagnostic diferencial*.

Barcelona: Masson S.A.

Forum Clinic (10 de Julio, 2011) *Historia de la Clozapina*. Barcelona: Hospital Universitario

Fundacion bbva. Programa Interactivo para pacientes. Fecha: 02 de Enero del 2012,

Hora: 03:45 p.m. En: www.forumclinic.com

González-Pacheco, J. (2008) *Esquizofrenias* En Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A.,

Santacruz, H. y Uribe, M. Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños,

adolescentes y adultos. Tercer Edición. Bogotá: Editorial Medica Panamericana

Gómez, C., Uribe, M., y Alzate, M. (2008) *Trastornos Afectivos: Trastornos Bipolares* En

Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M. Psiquiatría Clínica.

Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Tercer Edición. Bogotá:

Editorial Medica Panamericana

Halgin, R. y Krauss, S. (2003) *Psicología de la Anormalidad: Perspectivas clínicas sobre*

desordenes psicológicos. Cuarta edición. México: Mc Graw Hill

Hernández R., Fernández, C. y Baptista, P. (2007) *Metodología de la Investigación*. Tercera

Edición. México: Mc Graw Hill

- Jay, R. y Swerdlik, M. (2000) *Pruebas y Evaluación Psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición*. Cuarta Edición. México: McGraw-Hill
- Miklowitz, D. (2004) *El trastorno bipolar: una guía practica para familias y pacientes*. Barcelona: Paidós
- Ramírez, D. (2009) Rehabilitación psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico en usuarios y usuarias que tienen seguimiento en la consulta externa del Hospital Diurno. Tesis para optar el grado de Especialidad en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Ramírez, R. (1997) *La clozapina y su efecto en la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos*. En: Revista Cúpula, Hospital Nacional Psiquiátrico Edición N21 (40-41) 4-10
- Ruiz, J., e Ispizúa, M. (1989) *La decodificación de la vida cotidiana* Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Vega, I. (1994) *Diversidad Familiar en Costa Rica: un análisis tipológico en la Región Metropolitana*. En: Actualidades en Psicología. Volumen 9, Numero 79, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica
- Vengoechea, J. y Heinze, G. (2008) *Antipsicóticos atípicos*. En Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M. Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Tercer Edición. Bogotá: Editorial Medica Panamericana
- Verdugo, M., Arias, B., y Ibanez, A. (2007) Escala de Intensidad de Apoyos- SIS: Manual. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

ANEXOS

ANEXO #1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doy mi consentimiento para participar en esta investigación sobre características sociodemográficas y psicológicas de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico. La participación en este estudio implicará asistir a las sesiones que sean necesarias, en el lugar convenido entre investigadores y yo, así mismo entiendo que en estas sesiones lo que se realizará son entrevistas individuales. Para terminar se me ha explicado que la información que se obtenga es parte de una investigación y que permitirá contribuir al entendimiento de las necesidades sociodemográficas y psicológicas de los usuarios de dicha clínica.

De acuerdo con lo anterior, acepto participar en la investigación bajo las siguientes condiciones:

1. La información brindada será manejada confidencialmente, mi nombre no aparecerá en ningún documento y si en algún momento fuera necesario citar algo que me concierne se deberá hacerse bajo algún seudónimo.
2. Mi participación en este estudio no implicará ningún riesgo para mi salud.
3. Si en algún momento tengo duda con respecto al estudio podré hacer todas las preguntas necesarias.
4. La información que se obtenga en este estudio podrá ser divulgada a través de documentos escritos, siempre y cuando mi nombre no aparezca.
5. Las investigadoras no deberán retribuirme económicamente a cambio de la participación en el estudio ni brindarme una devolución individual de los resultados.
6. Cuando firme este consentimiento informado recibiré una copia del mismo
7. Mi participación en este estudio es voluntaria, por lo tanto, podré retirarme si así lo

decidiera, sin ningún perjuicio para mí.

Nombre del o la participante

Firma

Fecha

Nombre del investigador

Firma

Fecha

ANEXO #2**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIARES O ENCARGADOS DE PARTICIPANTES**

Doy mi consentimiento para participar en esta investigación sobre características sociodemográficas y psicológicas de la Clínica de Clozapina de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico. La participación en este estudio implicará asistir a las sesiones que sean necesarias, en el lugar convenido entre investigadores y yo, así mismo que en estas sesiones lo que se realizará son entrevistas individuales. Para terminar se me ha explicado que la información que se obtenga es parte de una investigación y que permitirá contribuir al entendimiento de las necesidades sociodemográficas y psicológicas de los usuarios de dicha clínica.

De acuerdo con lo anterior, acepto participar en la investigación bajo las siguientes condiciones:

1. La información brindada será manejada confidencialmente, mi nombre no aparecerá en ningún documento y si en algún momento fuera necesario citar algo que me concierne a mí deberá hacerse bajo algún seudónimo.
2. Mi participación en este estudio no implicará ningún riesgo para mi salud ni la de mi familia o persona que tengo a cargo.
3. Si en algún momento tengo duda con respecto al estudio podré hacer todas las preguntas necesarias.
4. La información que se obtenga en este estudio podrá ser divulgada a través de documentos escritos, siempre y cuando mi nombre no aparezca.
5. Las investigadoras no deberán retribuirme económicamente a cambio de la participación en el estudio ni brindarme una devolución individual de los resultados.

6. Cuando firme este consentimiento informado recibiré una copia del mismo.
7. Mi participación en este estudio es voluntaria, por lo tanto, podré retirarme si así lo decidiera sin ningún perjuicio para mí.

Nombre del o la participante

Firma

Fecha

Nombre del investigador

Firma

Fecha

ANEXO #3

GUÍA DE ENTREVISTAS

A. Identificación y características básicasDatos Personales

1. Fecha de Nacimiento

Día _____ Mes _____ Año _____

2. Edad (en años cumplidos) _____

3. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

4. Estado Civil (legal) _____

5. Número de Hijos _____

6. Nacionalidad _____

7. Religión _____

8. Uso de Drogas:

Tabaco _____

Alcohol _____

Otro Tipo _____ ¿Cuáles? _____ Tiempo

de consumo? _____

Estudio

1. Último grado que aprobó _____

2. Estudia actualmente _____

Ocupación

1. ¿Trabaja actualmente? ¿En dónde?

2. Ingreso mensual: _____
3. ¿Recibe alguna pensión o ayuda del estado? _____

Domicilio

1. Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____
2. Direcciones de referencia: _____

3. Número de teléfono: _____

Familia

1. ¿Dónde vive? _____
2. ¿Con quién vive? _____

3. Roll que cumple en la familia _____
4. ¿Ha presentado alguno de sus familiares alguna enfermedad
mental? _____

5. Numero de Hermanos: _____
6. Ingreso mensual que recibe su familia _____

B- Diagnóstico

Primera crisis:

1. Edad _____
2. Síntomas _____

3. Tratamiento _____

4. Diagnósticos siguientes: _____

5. Tipos de tratamiento:

a) Farmacológico: _____

b) No farmacológico: _____

6. Hospitalizaciones: _____

7. Sintomatología: _____

C. Actividades de la Vida Diaria y Funcionalidad

ACTIVIDAD	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Utiliza el servicio			
Se baña solo			
Se viste solo			
Cuida su higiene			
¿Come solo?			

D. Actividades de Vida Comunitaria

ACTIVIDAD	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
¿Se moviliza solo por la comunidad?			
¿Participa en Actividades Recreativas?			
¿Visita a amigos y familiares?			

¿Realiza compras?			
¿Interactúa con miembros de la comunidad?			
¿Participa en actividades comunitarias?			

E. Actividades de Salud y Seguridad

ACTIVIDAD	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
¿Toma la medicación?			
¿Evita riesgos para la salud y seguridad?			
¿Sabe utilizar los servicios de emergencia?			
¿Mantiene una alimentación?			
¿Mantiene el bienestar emocional?			

F. Actividades Sociales

ACTIVIDAD	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
¿Se relaciona con personas dentro del hogar?			
¿Participa en actividades recreativas?			

¿Tiene amigos cercanos?			
¿Comunica sus necesidades?			
¿Utiliza habilidades sociales apropiadas?			
¿Mantiene relaciones amorosas?			

G. Actividades de Protección

ACTIVIDAD	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
¿Sabe defenderse?			
¿Sabe manejar dinero?			
¿Toma decisiones?			
¿Maneja sus finanzas?			