

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

**MAESTRÍA EN SALUD MENTAL DEL NIÑO DEL
ADOLESCENTE Y DE LA FAMILIA**

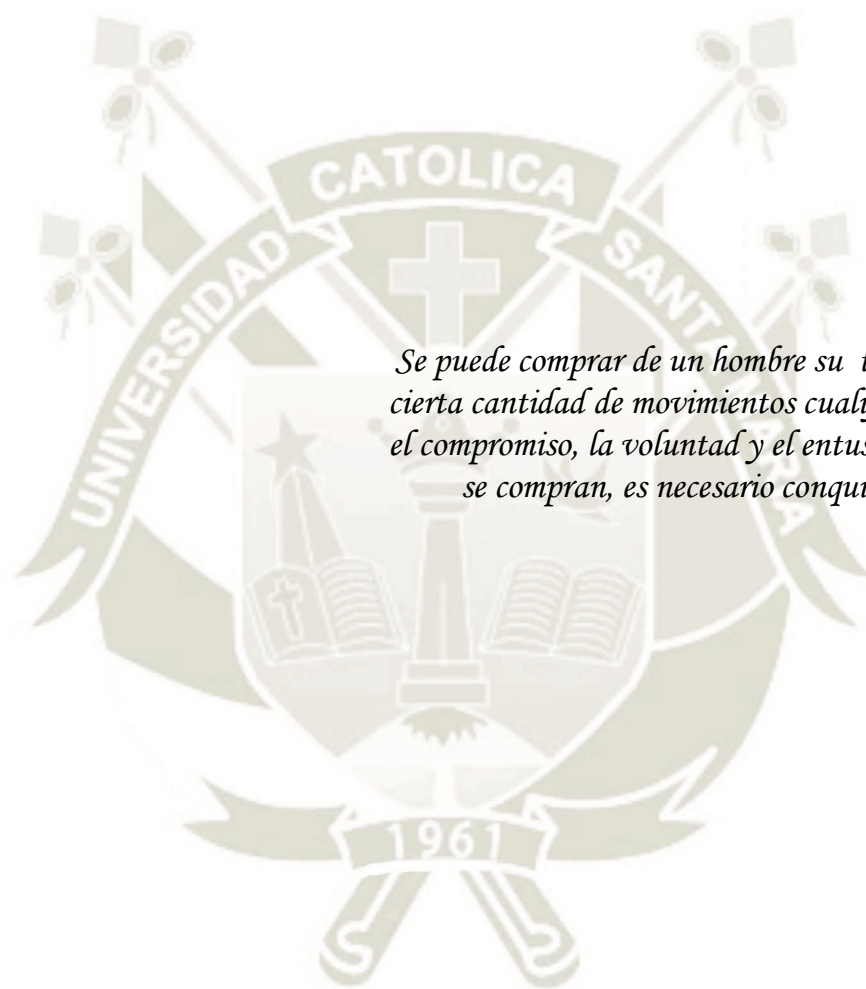


**"REPERCUSIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE NEUROLÉPTICOS TÍPICOS
EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI" AREQUIPA – 2013**

Tesis presentada por la Bachiller:
ELIANA URSULA RUBINA CARBAJAL

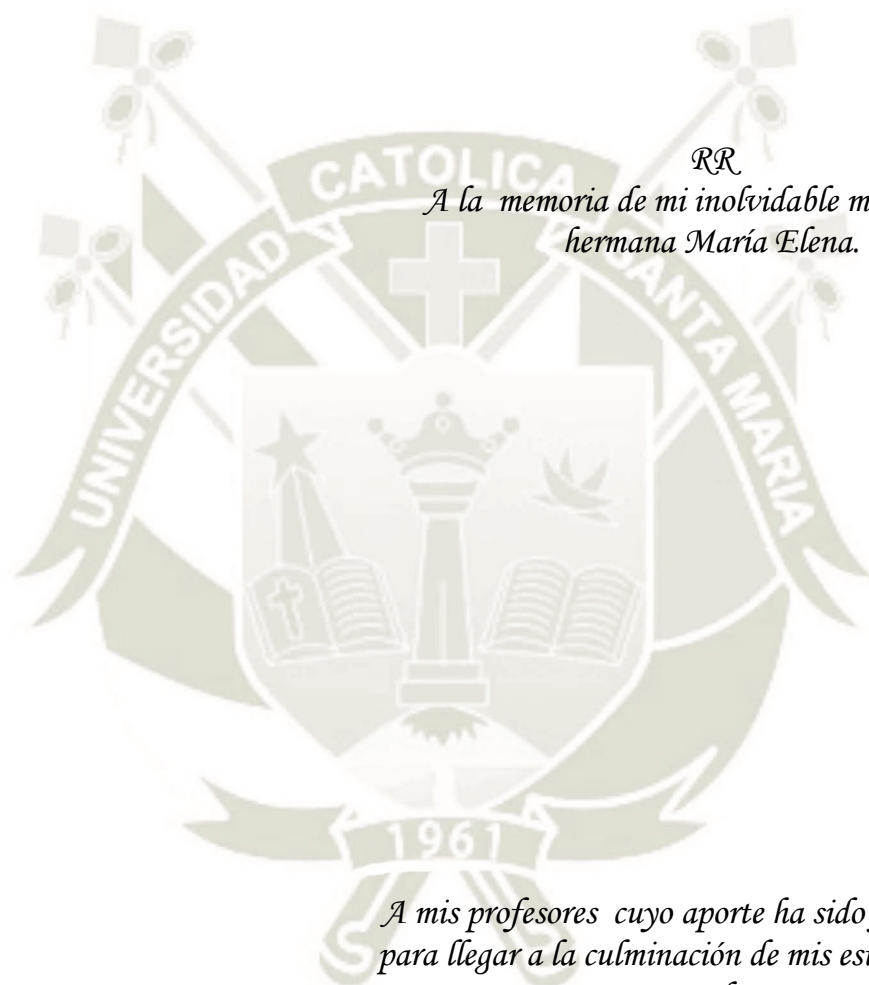
Para optar el Grado Académico de
**Magister en Salud Mental del Niño,
del Adolescente y de la Familia**

**AREQUIPA – PERÚ
2015**



Se puede comprar de un hombre su tiempo y una cierta cantidad de movimientos cualificados. Pero el compromiso, la voluntad y el entusiasmo eso no se compran, es necesario conquistarlos.

Anónimo.



RR

*A la memoria de mi inolvidable madre y mi
hermana María Elena.*

*A mis profesores cuyo aporte ha sido fundamental
para llegar a la culminación de mis estudios de post
grado.*

ÍNDICE

	Págs.
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I RESULTADOS.....	1
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	24
PROPUESTA PROGRAMA EDUCATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS	25
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	36
ANEXO N° 1 PROYECTO DE TESIS	37
ANEXO N° 2 ENTREVISTA	91
ANEXO N° 3 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN.....	99

RESUMEN

Se estudiaron 50 pacientes del Centro de Salud Mental Moisés Heresi con el diagnóstico de Esquizofrenia compensados de Hospitalización Completa y Parcial y Consultorios Externos, que toman Neurolépticos típicos y como repercuten en su calidad de vida

Para evaluar a estos pacientes se utilizó como instrumento la entrevista aplicada y el cuestionario de Sevilla de Calidad de vida para pacientes esquizofrénicos.

La obtención de datos, a través de los instrumentos indicados, se realizó en el mes de julio 2013.

Los objetivos: Precisar el manejo en la administración de Neurolépticos Típicos, en pacientes esquizofrénicos que se atienden en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi. Precisar cómo es la calidad de vida del pacientes esquizofrénico que usa neurolépticos Típicos que se atienden en el Centro de Salud Moisés Mental Moisés Heresi. Establecer la repercusión de la Administración de Neurolépticos típicos en la calidad de vida de pacientes Esquizofrénicos que se atienden en el Centro de Salud Mental Moises Heresi.

La hipótesis que orienta esta investigación se formuló de la siguiente manera:

Dado que la Esquizofrenia es una patología mental irreversible en la que los pacientes presentan deterioro en las diferentes esferas, siendo necesario el uso de Neurolépticos. Es probable que estos afecten la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

Se concluye: El tipo Neuroléptico típico más usado es la Trifluoperazina 5mg (Stelazine), con una dosis de 5 a 30 mg por día y el efecto colateral más frecuente es la sequedad de boca y el efecto extra piramidal predominante es el temblor fino. En calidad de vida del paciente Esquizofrénico hay mayor presencia de aspectos desfavorables más de la tercera parte de la población tiene como aspecto favorable de calidad de vida la satisfacción vital.

El factor desfavorable de calidad de vida que predomina es la pérdida de energía. La relación entre tiempo de administración de Neurolépticos típicos y de los

aspectos favorables y desfavorables de calidad de vida diremos que hay predominio de espectros favorables a los 6 meses de iniciado el tratamiento y menos aspectos desfavorables existiendo una relación inversa a mayor tiempo de tratamiento menos aspectos favorables y predominio de aspectos desfavorables

Se recomienda a la Dirección del Centro de Salud Mental incluir un programa de educación: Manejo del paciente Esquizofrénico en el hogar, para familiares y cuidadores de pacientes con la participación de todo el equipo multidisciplinario.

Se recomienda a la Dirección del Centro de Salud que como parte del programa de Rehabilitación incluir aproximaciones dirigidas a mejorar las Áreas Psicosociales de su calidad de vida.

Recomendar a la Dirección del Centro de Salud, implementar y desarrollar estrategias innovadoras que favorezcan la Rehabilitación y la Reinserción Social del paciente Esquizofrénico Crónico, con la participación de todo el equipo multidisciplinario.

Facilitar las discusiones en grupo de los factores que determinan la calidad de vida, recurso útil para la planificación de actividades rehabilitadoras.

Se recomienda a la Dirección del Centro de Salud, la evaluación de los programas de Rehabilitación en forma periódica centrados en la calidad de vida de los pacientes Esquizofrénicos.

ABSTRACT

50 patients of the Mental Health Center Heresi Moses studied with the diagnosis of schizophrenia compensated Complete and Partial Hospitalization and Outpatients, taking typical neuroleptics and as affect their quality of life

To evaluate these patients was used as an instrument applied interview and questionnaire Sevilla Quality of life for schizophrenic patients.

Data collection, through the following instruments was held in the month of July 2013.

The objectives: Specify the management in managing Typical neuroleptics in schizophrenic patients seen at the Center for Mental Health Heresi Moses. Specify how the quality of life of schizophrenic patients using neuroleptic Typical who receive services at the Mental Health Center Moses Moses Heresi. Establish the impact of the Administration of typical neuroleptics in the quality of life of schizophrenic patients seen at the Center for Mental Health Moises Heresi.

The hypothesis guiding this research was formulated as follows:

Because schizophrenia is a irreversible mental condition in which patients have deterioration in different spheres, requiring the use of neuroleptics. These are likely to affect the quality of life of patients with schizophrenia Mental Health Center Heresi Moses.

We conclude: Typical Neuroleptic most used type is the Trifluoperazine 5mg (Stelazine), with a dose of 5-30 mg per day and the most common side effect is dry mouth and extra pyramidal effects predominate is the tremor. Quality of life of schizophrenic patients a high proportion of unfavorable aspects more than a third of the population has the positive aspect of quality of life life satisfaction.

The unfavorable factor of quality of life is predominant energy loss. The relationship between time management typical neuroleptics and the favorable and unfavorable aspects of quality of life say that there is a predominance of favorable spectra at 6 months of starting treatment and less unfavorable aspects there is an

inverse relationship to longer treatment less aspects predominance of favorable and unfavorable aspects

It is recommended to the Director of the Center for Mental Health Education program include: Management of Schizophrenic patient at home, for family and caregivers of patients involving the entire multidisciplinary team.

It is recommended to the Director of the Health Center as part of the rehabilitation program include approaches aimed at improving Air Psychosocial their quality of life.

Recommend to the Health Centre Division, implement and develop innovative strategies to promote the Rehabilitation and Social Reinsertion Chronic Schizophrenic patient, with the participation of all the multidisciplinary team.

Facilitate group discussion of the factors that determine the quality of life, useful for resource planning rehabilitative activities.

It is recommended to the Director of the Health Center, evaluating rehabilitation programs regularly focus on the quality of life of schizophrenic patients.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales de mayor complejidad e interés en la salud mental mundial, se caracteriza por las distorsiones perceptual, cognitiva y afectiva comprometiendo funciones esenciales que impiden el normal desarrollo de sus capacidades funcionales relacionadas con su vida diaria, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula que hay 45 millones de personas con esquizofrenia y hay aproximadamente 2 millones de nuevos casos reportados cada año¹ en todo el mundo. El tratamiento para este tipo de pacientes es el uso de Neurolépticos típico y atípicos. Constituye en la actualidad el recurso más importante para el alivio de los síntomas de la esquizofrenia pero van acompañados de importantes efectos indeseables que provocan un impacto negativo en su calidad de vida y una sobrecarga en lo familiar y costos relevantes a nivel individual, familiar y social.

Uno de los aspectos que más se ve alterado es la calidad de vida de las personas afectadas con esquizofrenia, este concepto está vinculado a la relación del individuo con su vida desde un enfoque global, alude a la posibilidad que tiene la persona con esquizofrenia de reflexionar sobre sí mismo o su enfermedad.

Tomando en cuenta que la calidad de vida del paciente psiquiátrico no significa búsqueda del nivel óptimo de felicidad sino más bien en la reducción de problemas relacionados a su trastorno.

Es pues importante que el personal de salud maneje conceptos en la referido a la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales, especialmente cuando su objetivo es valorar las necesidades y los resultados, además el personal de salud que se relaciona con el paciente psiquiátrico debe estar capacitado para trabajar intramural y extramural.

¹ http://www.minsa.gob.pr/ocom/prensaasp?mp_codigo=2705&años=2005

La mejora de la calidad de vida de estos pacientes, promueve el mantenimiento y la integración a la comunidad, así como su autonomía, funcionamiento social examinando las relaciones interpersonales y la interacción social.

Por tal razón es que se ha elaborado el siguiente trabajo de investigación titulado: **REPERCUSIÓN DEL USO DE LOS NEUROLÉPTICOS TÍPICOS EN LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2013.**





CAPITULO I RESULTADOS

TABLA N° 1

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISÉS HERESI.**

Edad	Fr	%
18 a 23	4	8.0
24 a 29	4	8.0
30 a 35	7	14.0
36 a 41	5	10.0
42 a más	30	60.0
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que el 60 % que se encuentra entre las edades de 42 años a más y un acumulado 16% entre las edades de 18 a 29 años.

De lo que deducimos que la mayor parte de la población de estudio está entre las edades 42 años a más por lo tanto adultos jóvenes.

GRAFICO N° 1

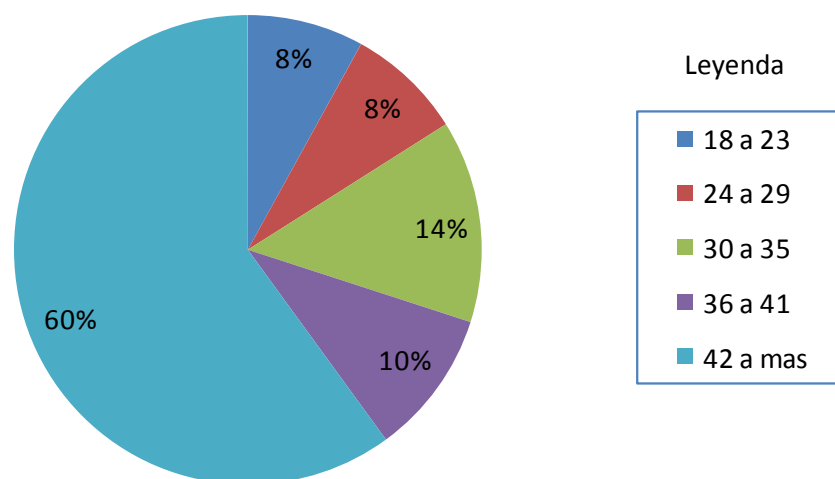


TABLA N° 2

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Fr	%
Primaria	7	14
Secundaria	26	52
Superior	17	34
Total	50	100

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que el mayor porcentaje es de 52% tiene secundaria completa, un 34% de instrucción superior y un 14% Primaria.

Lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudios tiene secundaria y una mínima parte estudios primarios.

GRÁFICO N° 2

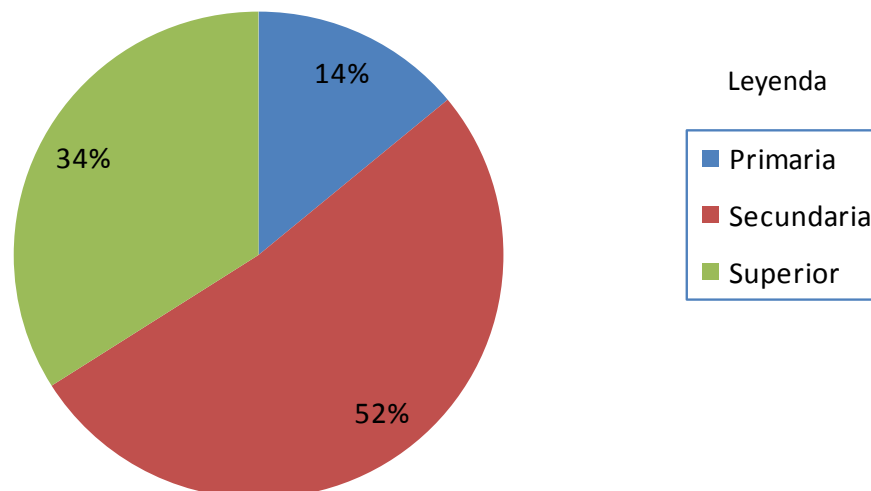


TABLA N° 3

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	Frecuencia	%
Arequipa	26	52
Camaná	3	6
Cusco	2	4
Mollendo	1	2
Otros	2	4
Puno	14	28
Tacna	2	4
Total	50	100

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que el mayor porcentaje de las unidades de estudio es de 52% proceden de Arequipa y un acumulado de 10% proceden del Cuzco, Tacna y otros lugares.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudios es de Arequipa no dejando de tener importancia la procedencia de otros lugares que lo que podría traer como consecuencia un tratamiento inadecuado.

GRÁFICO N° 3

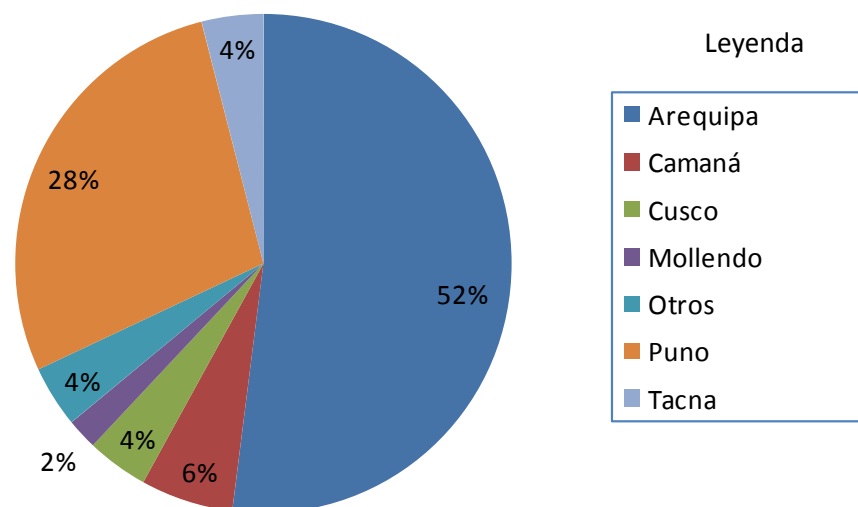


TABLA N° 4

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL INGRESO ECONÓMICO DE LOS
FAMILIARES RESPONSABLES**

INGRESO ECONÓMICO	Frecuencia	%
Básico	22	44
Más de básico	18	36
Menos de básico	10	20
Total	50	100

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que el 44% de los familiares responsables de los pacientes esquizofrénicos tienen un ingreso Básico, el 36% más del ingreso Básico y el 20% es menos del básico.

De lo que deducimos que más de la mitad de población en estudio tiene un ingreso básico y menos del básico, es importante notar que un mínimo porcentaje percibe ingreso económico mayor del sueldo básico, por lo que resulta improbable el tratamiento continuo de antipsicóticos por el alto costo de estos.

GRÁFICO N° 4

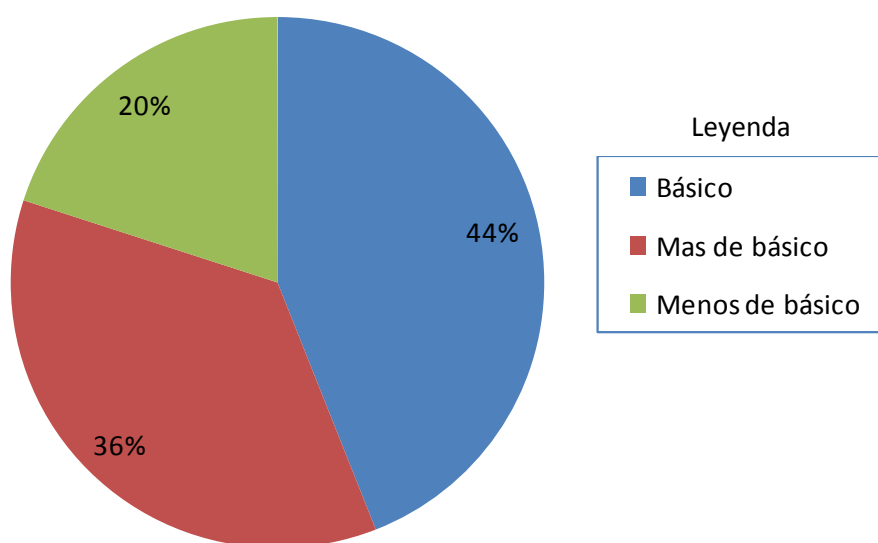


TABLA N° 5

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD

TIEMPO DE ENFERMEDAD	Frecuencia	%
Menor de 2 años	10	20
2 a 5 años	14	28
5 años a más	26	52
Total	50	100

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que el mayor porcentaje 52% de los pacientes en estudio tiene 5 años o más de enfermedad y un 20% menos de 2 años.

De lo que deducimos que más de mitad de la población tiene una cronicidad de 5 años a más y la otra parte de la población tiene un tiempo de enfermedad de 2 a 5 años

GRÁFICO N° 5

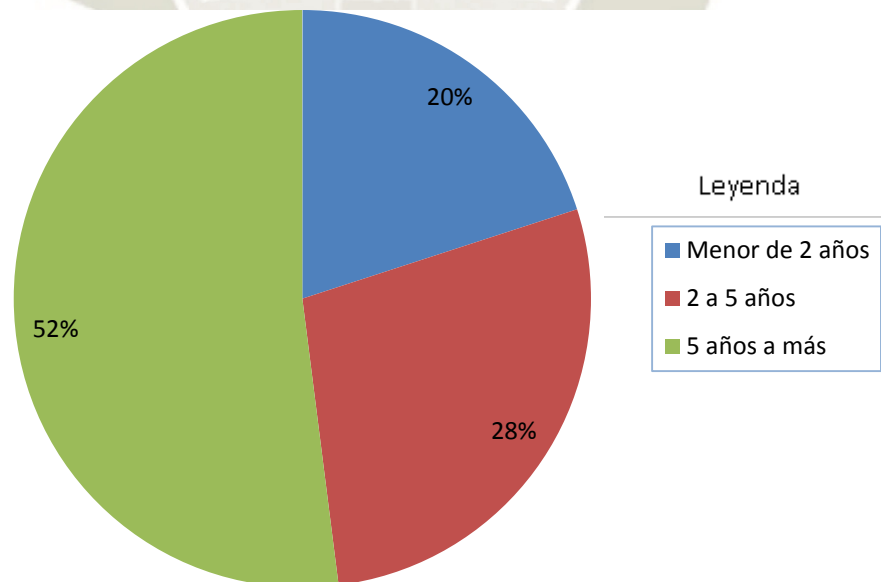


TABLA N° 6

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NEUROLÉPTICO TÍPICO QUE SE
ADMINISTRA**

Neurolépticos Típicos	Fr	%
CLORPROMAZINA 100 mg	7	14
THIORIDAZINA 100mg.	12	24
HALOPERIDOL 10 mg	13	26
TRIFLUPERAZINA 5 mg	18	36
Total	50	100

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que el mayor porcentaje 36% toma Trifluoperazina (Stelazine,) el 26% Halopiridol (Haldol), el 24% Thioridazina (Melleril)y 14% Clorpromazina Largactil.

De lo que deducimos que el Neuroléptico más usado por la población en estudio es el Stelazine (Trifluoperazina) dejando notar que todos tienen efectos extrapiramidales que repercuten en la calidad de vida, probablemente es el más recetado porque es de bajo costo.

GRÁFICO N° 6

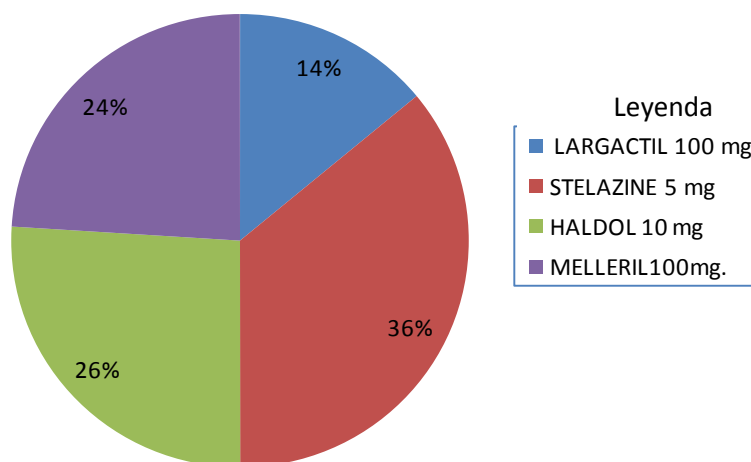


TABLA N° 7

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DOSIS DE NEUROLÉPTICO TÍPICO

Dosis de neuroléptico típico	Fr	%
100 A 600 Mg (Clorpromazina)	7	14
100 A 600Mg(Thioridazina)	12	24
10 A 60 Mg (Haloperidol)	13	26
5 A 30 Mg (trifluperazina)	18	36
Total	50	100

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que el 36% toma (trifluperazina) Stelazine de 5 a 30 mg por día, y de 26% (haloperidol) Haldol 10 a 60 mg por día, el 24% (thioridazina) Melleril 100 a 600 mg, y (clorpromazina) Largactil 100 a 600 mg.

De lo que deducimos que los pacientes en estudio toman dosis elevadas de neurolépticos típicos y sus efectos. Extrapiramidales y colaterales van a repercutir en su calidad de vida.

GRAFICO N° 7

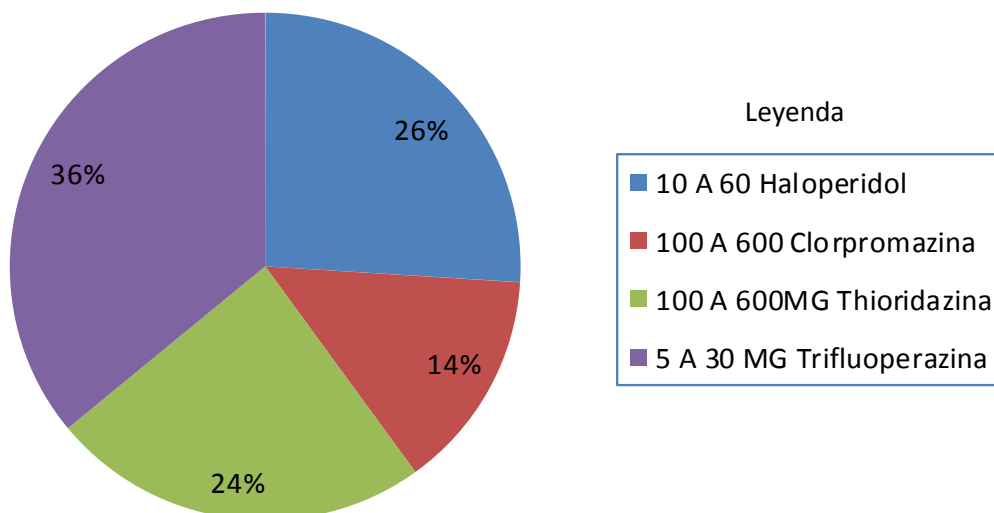


TABLA N° 8

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EFECTOS EXTRAPIRAMIDALES Y
ADMINISTRACIÓN DE NEUROLÉPTICOS TÍPICOS**

Efectos Extrapiramidales	Fr	%
Disquinesia tardía	2	4
Protusión de lengua	3	6
Diasquinesia oral	4	8
Acatisia	6	12
Impregnación	15	30
Temblor fino	20	40
Total	50	100

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que el mayor porcentaje 40% presentan temblor fino, 30% impregnación, 12% acatisia y en menor porcentaje Disquinesia oral tardía, protusión de lengua.

De lo que deducimos que el total de la población en estudio presentan alguno de los efectos extra piramidales predominando el temblor fino.

GRAFICO N° 8

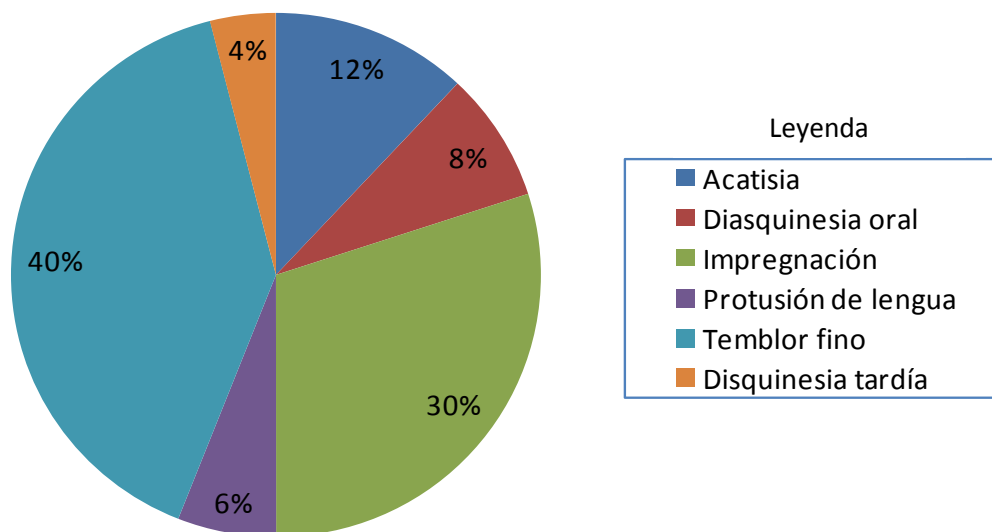


TABLA N° 9

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LOS EFECTOS COLATERALES E
INGESTA DE NEUROLÉPTICOS TÍPICOS**

EFECTOS SECUNDARIOS	Frecuencia	%
Galactorrea	2	4
Amenorrea secundaria	3	6
Aumento de sudoración	5	10
Fotosensibilización	7	14
Sequedad de boca	32	64
Otros	1	2
Total	50	100

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que el 64% presentan sequedad de boca, 14% fotosensibilización, el 10% aumenta de sudoración.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población en estudio presenta sequedad de Boca lo que ocasionando molestias y en algunos casos intoxicaciones hídricas.

GRÁFICO N° 9

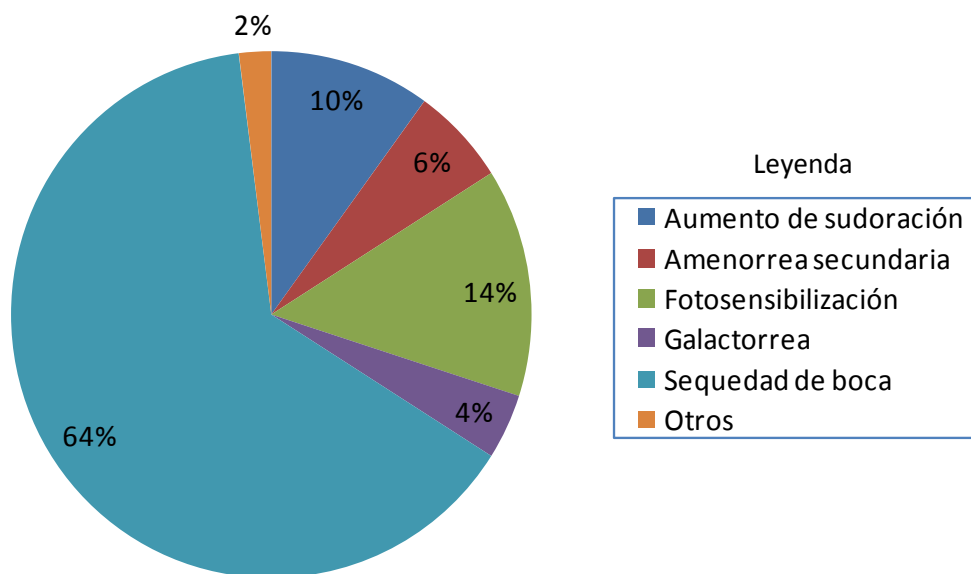


TABLA N° 10

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CALIDAD DE VIDA (ASPECTOS FAVORABLES Y DESFAVORABLES)

Calidad de Vida	F	%
Menor presencia de Aspectos Favorables	17	34%
Mayor presencia de Aspectos Desfavorables.	33	66%
TOTAL	50	100%

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observamos que el 66% presenta mayor aspectos desfavorables en la calidad de vida un 34%, presenta menor presencia aspectos favorables de calidad de vida.

De lo de deducimos que más de la mitad de la población en estudio no tiene una buena calidad de vida, y hay una mayor presencia de aspectos desfavorables.

GRÁFICO N° 10

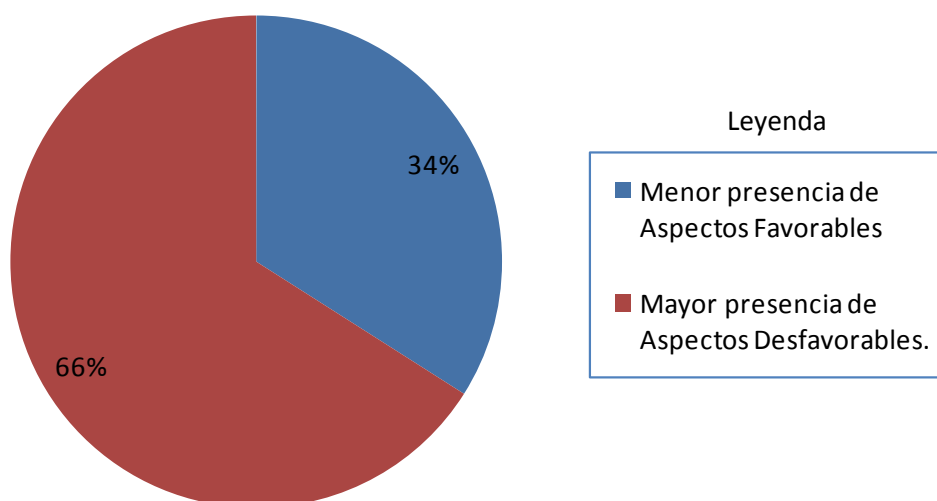


TABLA N° 11

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CALIDAD DE VIDA
(ASPECTOS FAVORABLES)**

Aspectos Favorables	Fr	%
Satisfacción Vital	670	38%
Autoestima	600	34%
Armonía	495	28%
TOTAL	1.765	100%

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que el 38% tiene como aspecto favorable el factor satisfacción vital ,autoestima 34% armonía 28%.

De lo que deducimos que las $\frac{3}{4}$ partes tiene como aspecto favorable de satisfacción vital y la autoestima.

GRÁFICO N° 11

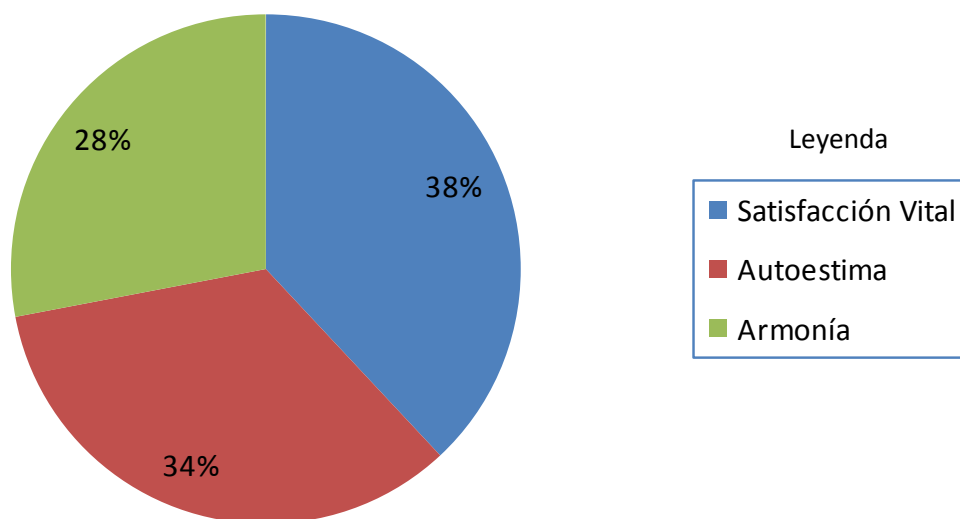


TABLA N° 12

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CALIDAD DE VIDA
(ASPECTOS DESFAVORABLES)**

Aspectos Desfavorables	F	%
Falta de Aprensión cognitiva	690	9%
Perdida de Energía	1.290	17%
Falta de Control Interno	1.161	16%
Dificultad de expresión	1025	14%
Dificultad de expresión cognitiva	1173	16%
Extrañamiento	520	7%
Miedo a la pérdida	541	7%
Hostilidad contenida	556	7%
Automatismo	513	7%
TOTAL	7469	100%

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que los aspectos desfavorables y factor de mayor predominio es la pérdida de energía 17%, la falta de expresión cognitiva 16%, y menor porcentaje es el automatismo. De lo de deducimos que casi la $\frac{3}{4}$ parte presenta en los aspectos desfavorables, la pérdida de energía, y dificultad de expresión cognitiva, falta de control interno que prevalece cuando los pacientes están descompensados o en tratamiento por lo tanto no tiene una buena calidad de vida.

GRÁFICO N° 12

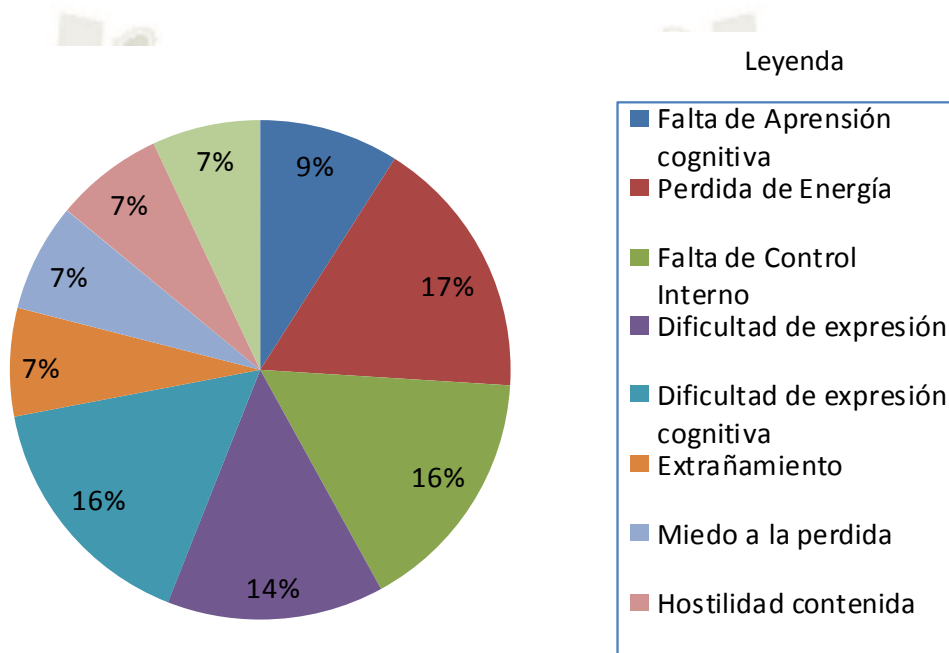


TABLA N° 13

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FAMILIAR RESPONSABLE Y CALIDAD DE VIDA (ASPECTOS FAVORABLES Y DESFAVORABLES)

Familiar responsable	Aspectos Favorables		Aspectos Desfavorables		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Madre	05	10	03	6	08	16%
Padres y hermanos	04	8	09	18	13	26%
Hermanos	04	8	08	16	12	24%
Padres	03	6	05	10	08	16%
Otros	01	2	08	16	09	18%
Total	17	34%	33	66%	50	100

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que los padres y hermanos representan el 26%, el 8% en aspectos favorables y 18% en aspectos desfavorables. Los hermanos representan el 24%, siendo el 8% los aspectos favorables y el 16% de aspectos desfavorables, la madre representa el 16%, los aspectos favorables 10% y los aspectos desfavorables 6%, los padres 16% los aspectos favorables 6% y aspectos desfavorables 10%, otros representan el 18% los aspectos favorables 2% y 16% los aspectos desfavorables.

De lo deducimos que la madre es el familiar responsable que favorece más aspectos favorables de la calidad de vida.

GRÁFICO N° 13

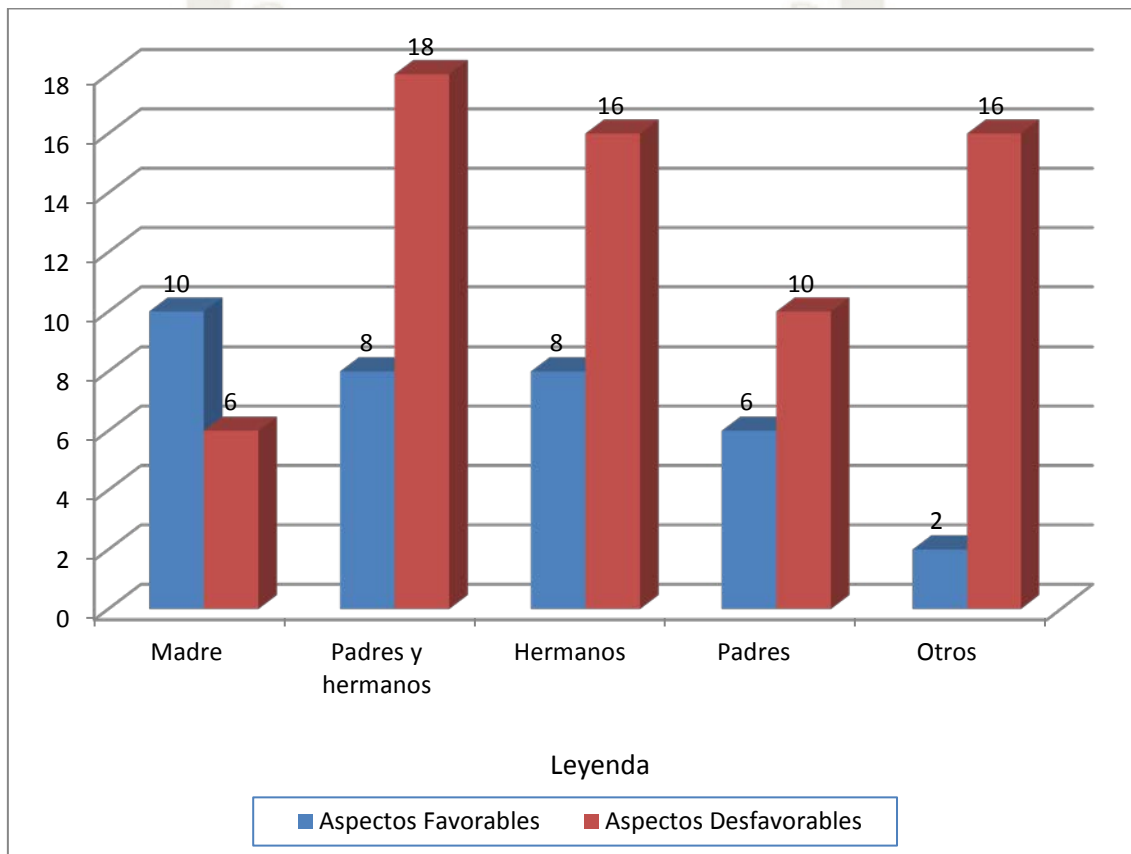


TABLA N° 14

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO Y ASPECTOS FAVORABLES Y
DESFAVORABLES DE CALIDAD DE VIDA**

Sexo	Aspectos Favorables		Aspectos Desfavorables		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Femenino	09	18	15	30	24	48
Masculino	08	16	18	36	26	52
Total	17	34	33	66	50	100

Instrumento aplicado por la investigadora.

En la tabla se observa que el sexo femenino representa el 48 % y 18% de aspectos favorables y el al sexo masculino el 52 % y 16 % aspectos favorables.

El 36% de aspectos desfavorables corresponde al sexo masculino y el 30% de aspectos desfavorables al sexo femenino.

De los que deducimos que predomina los aspectos favorables en el sexo femenino y aspectos desfavorables en el género masculino pero no muy significativamente.

GRÁFICO N° 14

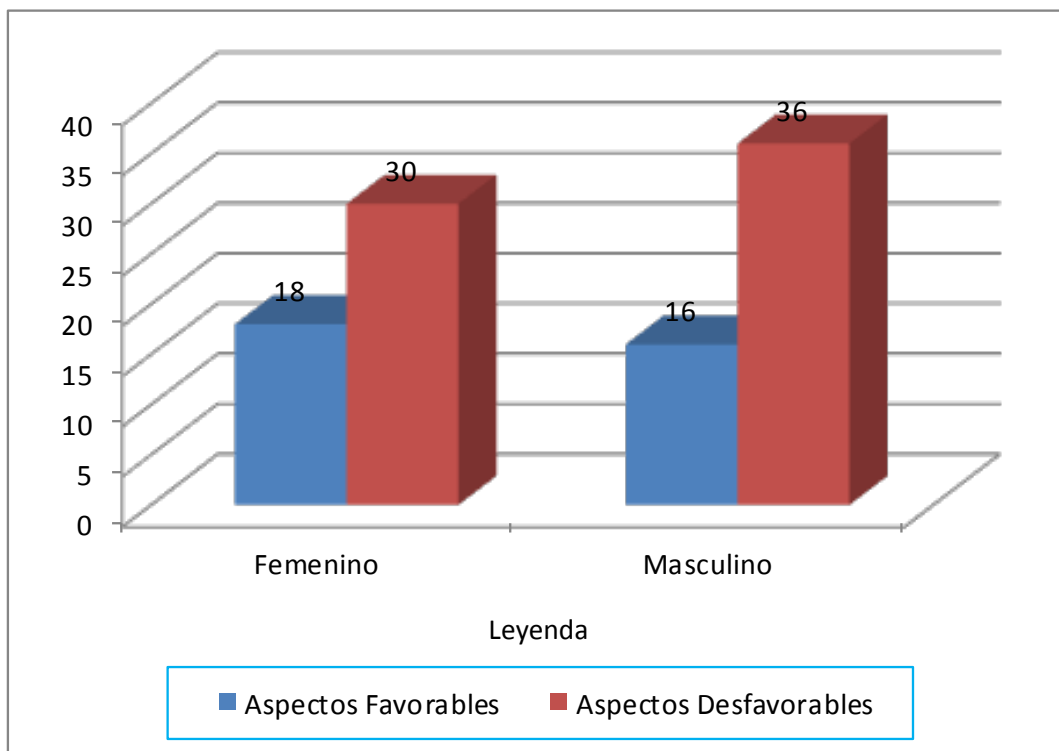


TABLA N° 15

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE ESQUIZOFRENIA Y CALIDAD DE VIDA (ASPECTOS FAVORABLES Y DESFAVORABLES)

Tipo de esquizofrenia	Aspectos Favorables		Aspectos Desfavorables		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Paranoide	18	36	28	56	46	92%

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que del 92% que corresponde a la esquizofrenia paranoide el 36% corresponde a aspectos favorables y el 56% de aspectos desfavorables.

De lo que deducimos que más de la mitad de los pacientes con esquizofrenia paranoide predomina los aspectos desfavorables y la tercera parte aspectos favorables.

GRÁFICO N° 15

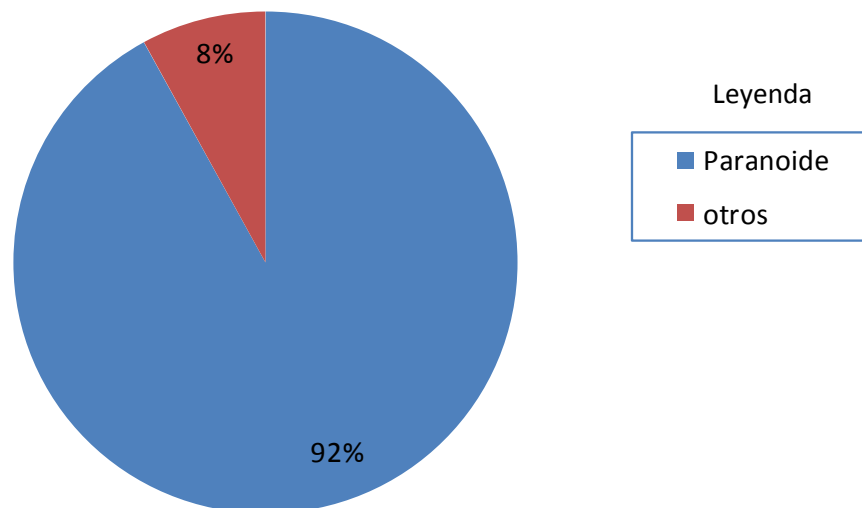


TABLA N° 16

**DOSIS DE ADMINISTRACIÓN DE NEUROLÉPTICOS TÍPICOS SEGÚN
POBLACIÓN DE ESTUDIO Y CALIDAD DE VIDA (ASPECTOS
FAVORABLES Y ASPECTOS DESFAVORABLES)**

Dosis de Administración Neuroléptico Típico	Aspectos favorables		Aspectos desfavorables		Total
	Fr	%	Fr	%	
100 a 600 mg clorpromazina largactil	2	4	5	10	7
10 a 60 mg haloperidol haldol	4	8	9	18	13
100 a 600 mg tioridazina meleril	5	10	7	14	12
5 a 30 mg trifluoperazina stelazine	6	12	12	24	18
Total	17	34	33	66	50

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que la trifluoperazina representa 12% de aspectos favorables y 24% aspectos desfavorables el haloperidol 8% aspectos favorables y 18% aspectos desfavorables, la tioridazina el 10% aspectos favorables y 14% aspectos desfavorables, la clorpromazina representa 4% de aspectos favorables y 10% de aspectos desfavorables.

De lo que deducimos que los pacientes en estudio toman dosis elevadas de neurolépticos típicos y sus efectos extrapiramidales y colaterales van a repercutir en una mala calidad de vida en lo que se refiere a los aspectos desfavorables en especial la trifluoperazina y el haloperidol.

GRÁFICO N° 16

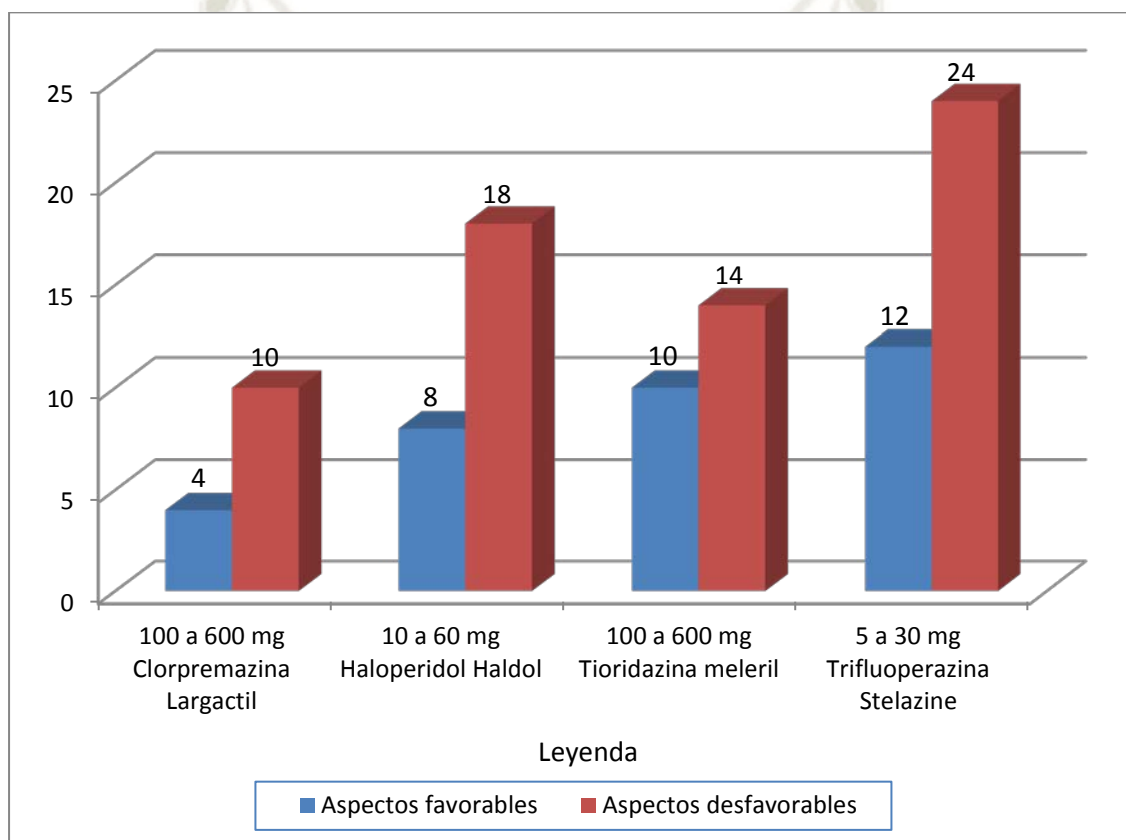


TABLA N° 17

**TIEMPO DE LA ADMINISTRACIÓN DE NEUROLÉPTICOS TÍPICOS
SEGÚN POBLACIÓN DE ESTUDIO Y CALIDAD DE VIDA
(ASPECTOS FAVORABLES Y DESFAVORABLES)**

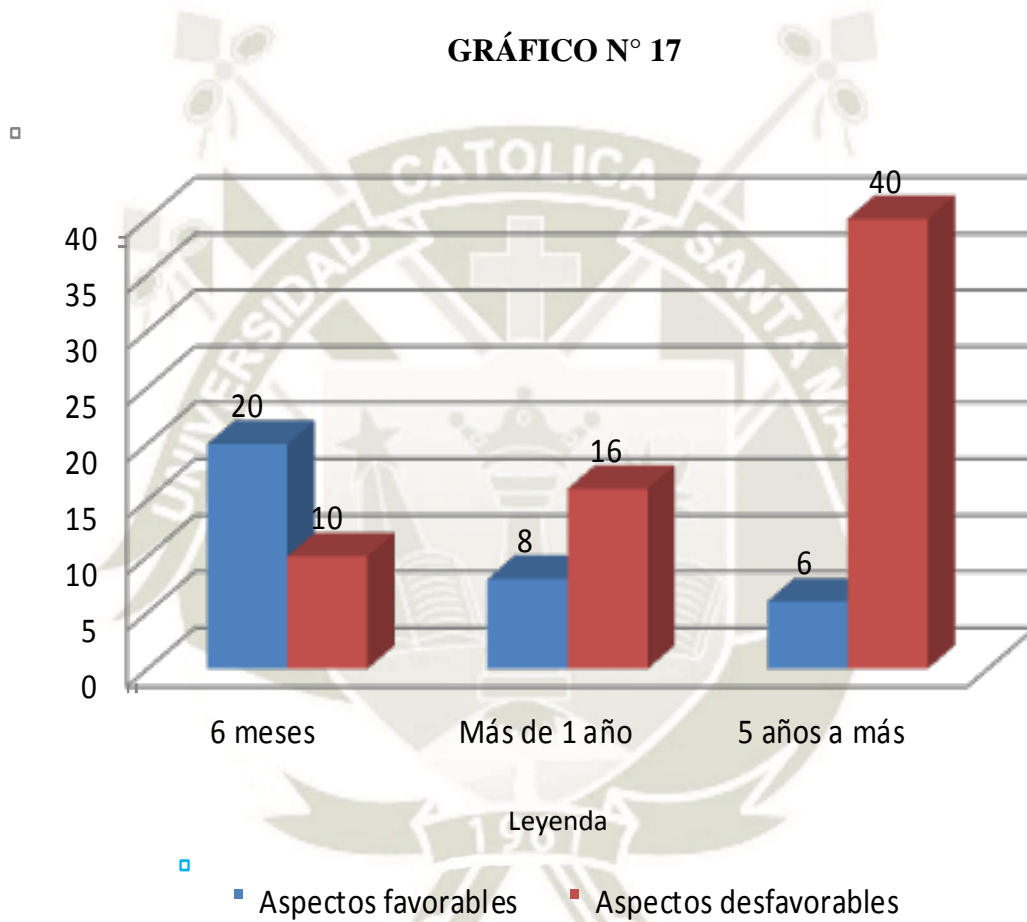
Tiempo de la administración de neurolépticos típicos	Aspectos favorables		Aspectos desfavorables		Total
	Fr	%	Fr	%	
6 meses	06	12	02	04	08
Más de 1 año	07	14	09	18	16
5 años a más	04	8	22	44	26
Total	17	34	33	66	50

Instrumento aplicado por la Investigadora

En la tabla se observa que los pacientes que tienen 6 meses en la administración de neurolépticos típicos tiene 12% de aspectos favorables y 4% de aspectos desfavorables, más de 1 año 14% de aspectos favorables y 18% de aspectos desfavorables de 5 años a más 8% conserva aspectos favorables y el 44% aspectos desfavorables.

De lo que deducimos que los que reciben menos tiempo de neurolépticos típicos conservan mejor los aspectos favorables y tienen menos aspectos desfavorables a mayor tiempo de administración de neurolépticos menos aspectos favorables y mayor predominio de aspectos desfavorables por ello mala calidad de vida notándose el efecto negativo de los antipsicóticos típicos.

GRÁFICO N° 17



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la población de estudio hay un predominio del grupo etareo de 42 años a más observando que son adultos jóvenes contrastando con Ginger Ibañez, España 1997, ligero predominio del sexo masculino similar OMS 2004 con estudios secundarios, proceden de Arequipa, el tipo de esquizofrenia es la paranoide, el tiempo de enfermedad es de 5 años a más. El tratamiento de la sintomatología de la esquizofrenia es el uso de neuroléptico constituyendo el recurso más importante para el tratamiento desde el descubrimiento de la clorpromazina 1954, produciendo efectos extrapiramidales predominando el temblor fino y como efecto colateral sequedad de boca, repercutiendo en una mala calidad de vida, Castellon Chile 2007. Con respecto a la calidad de vida del paciente esquizofrénico hay una mayor presencia de aspectos desfavorables, predominando la pérdida de energía. La tercera parte de la población tiene como aspecto favorable la satisfacción vital concordando con Fajardo, Arequipa 2007. Uno de los aspectos que más se ve alterado es la calidad de vida de las personas afectadas con esquizofrenia, habiendo una relación inversa a mayor tiempo de tratamiento menos calidad de vida y mayor predominio de aspectos desfavorables.

PROPUESTA PROGRAMA EDUCATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad mental es un visitante indeseable que puede presentarse inesperadamente en el seno de una familia una de ellas es la Esquizofrenia afección que perturba con más frecuencia deteriorando la Salud Mental.

El individuo que sufre de Esquizofrenia es un ser vulnerable a muchos problemas severos en su conducta en sus hábitos personales, necesidades básicas a los que se añaden los efectos colaterales y efectos extrapiramidales producidos por los Neurolépticos que se administra al paciente por todo lo antes mencionado la repercusión de la calidad de vida del paciente es negativa.

El deterioro de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con su capacidad para afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida; y una buena calidad de vida es por ello que los miembros de la familia y cuidadores deben estar capacitados para el manejo adecuado en el hogar, como parte de las Actividades Educativas del Centro de Salud Moisés Heresi incluimos dicho programa para mejorar su calidad de vida, dirigido a familiares y cuidadores para lograr una mejoría integral del paciente, reinserción social, e incrementar su nivel de rehabilitación aspectos que constituyen uno de los objetivos específicos en la calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN:

El presente Programa Educativo para Familiares y/o Cuidadores, manejo del paciente Esquizofrénico en el hogar y su calidad de vida surge a partir de los resultados obtenidos en el presente trabajo de Investigación, ya que en la actualidad no existe un programa alternativo concreto siendo esta una de las principales razones entre otras.

Es así que el equipo multidisciplinario conformado por médicos, psiquiatras, enfermeras, psicólogos y trabajadora social participarán en este programa para beneficio de los familiares y cuidadores de los pacientes esquizofrénicos.

OBJETIVOS:

- Lograr que la familia y los cuidadores esté informada y actualizada acerca de esta enfermedad mental, enseñando a discriminar los síntomas.
- Lograr una colaboración efectiva de los familiares que sirva de apoyo en el tratamiento del paciente en el hogar.
- Incrementar los conocimientos de los familiares y cuidadores acerca de las habilidades sociales (comunicación, actividades de recreación).
- Que los familiares y cuidadores sean capaces de administrar los antipsicóticos con los cuidados debidos.
- Mejorar el nivel de rehabilitación y reinserción social.

METODOLOGÍA:

Reuniones semanales de familiares y cuidadores de los pacientes de hospitalización completa y hospitalización parcial.

PLAN DE ACTIVIDADES:

Expositiva, participativas, dinámicas grupales.

TIEMPO DE EJECUCIÓN:

5 semanas.

HORARIO:

Los viernes 12:00 a.m. a 2:00 p.m.

RECURSOS HUMANOS

- Médico psiquiatra
- Enfermera
- Psicólogo
- Trabajadora social

RECURSOS MATERIALES:

- Ambiente de trabajo sala de Rehabilitación.
- Sillas.

- Ayudas Audiovisuales.
- Cañón Multimedia.
- Ecran.
- Computadora.

EVALUACIÓN

La evaluación se realizará trimestralmente para corregir errores y optimizar el manejo del paciente en el hogar.



CRONOGRAMA PROGRAMA EDUCATIVO

Lugar: Centro de Salud Moisés Heresi

TEMA	MEDIO	FECHA	TIEMPO	RESPONSABLE
1.- Esquizofrenia - Síntomas, tratamiento. - Neurolépticos - Efectos colaterales.	Multimedia (cañón)	-----	60' c/semana	Médico psiquiatra
2.- Administración de neurolépticos en el hogar	Multimedia demostración	-----	60' c/semana	Enfermera
3.- Calidad de vida - Como mejorar localidad de vida - Como garantizar un entorno saludable	Multimedia	-----	60' c/semana	Enfermera
4.- Intervención de la familia en el tratamiento	Multimedia	-----	60' c/semana	Trabajadora social
5.- Importancia del Programa de rehabilitación para el paciente esquizofrénico.	Multimedia	-----	60' c/semana	Psicólogo

CONCLUSIONES

Primera.- El tipo neuroléptico típico más usado es la trifluoperazina 5mg (stelazine), con una dosis de 5 a 30 mg por día y el efecto colateral más frecuente es la sequedad de boca y el efecto extra piramidal predominante es el temblor fino.

Segunda.- En calidad de vida del paciente esquizofrénico hay mayor presencia de aspectos desfavorables más de la tercera parte de la población tiene como aspecto favorable de calidad de vida, la satisfacción vital. El factor desfavorable de calidad de vida que predomina es la pérdida de energía.

Tercera.- La relación entre la dosis y el tiempo de administración de neurolépticos típicos y de los aspectos favorables y desfavorables de calidad de vida diremos que hay predominio de espectros favorables a los seis meses de iniciado el tratamiento y menos aspectos desfavorables existiendo una relación inversa a mayor tiempo de tratamiento menos aspectos favorables y predominio de aspectos desfavorables

RECOMENDACIONES

Primera.- Se recomienda a la Dirección del Centro de Salud Mental incluir un programa de educación: Manejo del paciente Esquizofrénico en el hogar, para familiares y cuidadores de pacientes con la participación de todo el equipo multidisciplinario.

Segunda.- Se recomienda a la Dirección del Centro de Salud que como parte del programa de Rehabilitación incluir aproximaciones dirigidas a mejorar las Áreas Psicosociales de su calidad de vida.

Tercera.- Recomendar a la Dirección del Centro de Salud, implementar y desarrollar estrategias innovadoras que favorezcan la Rehabilitación y la Reinserción Social del paciente Esquizofrénico Crónico, con la participación de todo el equipo multidisciplinario.

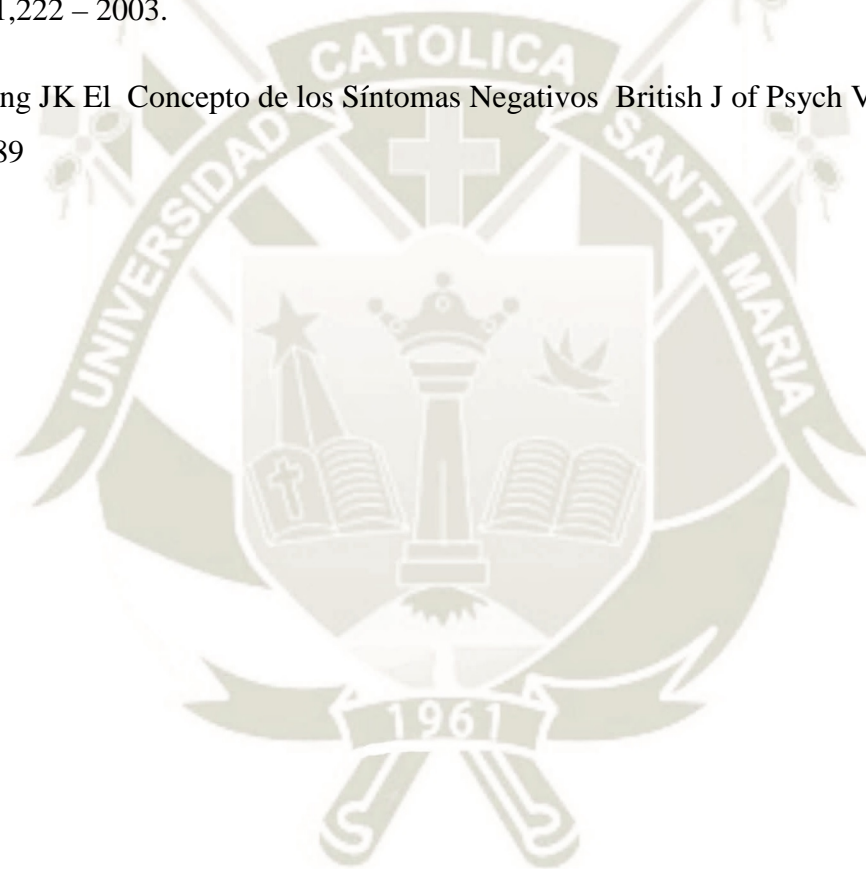
Cuarta.- Facilitar las discusiones en grupo de los factores que determinan la calidad de vida, recurso útil para la planificación de actividades rehabilitadoras.

Quinta.- Se recomienda a la Dirección del Centro de Salud, la evaluación de los programas de Rehabilitación en forma periódica centrados en la calidad de vida de los pacientes Esquizofrénicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson C Reiss, D Hogarty G Esquizofrenia y Familia. Amorroutu Editores B Aires 1966.
2. Andreassen N Black, Introducción de Textos de Psiquiatría Americana, Washington 1995
3. Anger Meyer, M & Filiam R. “Modelos Teóricos de calidad de Vida en los Trastornos mentales” PP 316 Editorial Mausó SA 2000.
4. Badia Xavier, Garcia AF, “La Medición de la calidad de Vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de Investigación de resultados en salud. Barcelona Edimac 2000,61:78.
5. Barcia D, Ruiz E, Borgoña E, Solorio P, “Calidad de Vida del paciente Esquizofrénico Psicopatología” 1992,12;96 – 104.
6. Bellack A Kimt M Tratamiento Psicosocial Esquizofrenia Reporte Especial Vol 14 N 2, 1993.
7. Betancur M Esquizofrenia Rehabilitación otro camino Prensa Creativa Medellín 1994.
8. Dunner D Concurrent Terapia Psiquiátrica .Saunders Company Philadelphia 1993.
9. Garcia J y Cob: “Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría” Clínica 2 eda. Edición , España 2000.
10. Giner J, Baca E, Bobes J, Ibáñez E, Leal C, Cerrera S, “Calidad de vida en enfermos Esquizofrénicos. Desarrollo de un Instrumento Español para su evaluación el cuestionario de Sevilla. Análisis de Psiquiatría 1995;11: (9) 313-9.
11. Kales A Stefanis C Talbot J Recientes Avances en Esquizofrenia Springer Verlang Inc NewYork 1990.
12. Kays S Significado Positivo - Negativo distinto de la Esquizofrenia Bull Vol 16 No 4 ,1990.

13. Lader M Herrington R Tratamientos Biológicos de la Psiquiatría, Oxford University Press, Oxford 1990.
14. Schwartzman : La calidad de vida relacionada con la salud, Aspectos Conceptuales Revista y Enfermería, V9 Nro 02, Chile 2000.
15. Stuart G.W Enfermera Psiquiátrica” 8ª Ed. 2006.
16. Vidal Alarcón R. Lolas F. “Esquizofrenia Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría” Tomo II Marc Pedia Ed Medica Panamericana Buenos Aires, pag 221,222 – 2003.
17. Wing JK El Concepto de los Síntomas Negativos British J of Psych Vol 155 (Supl) 1989



PAGINAS EN INTERNET

1. “Calidad de vida y factores relacionados a los pacientes Esquizofrenicos, que se atienden en los Servicios de Atención en ARAUCO Chile Abril a junio 2009”
Manuali Rodríguez Vidal y Manuel Castro Salas.
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1818>.
2. Integración social y calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos en tipos de asistencia complementaria diferentes M. Leißer y T. W. Kallert. Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia, Clínica Universitaria Carl Gustav Carus, Universidad Técnica Dresde, Fetscherstraße 74, D-01307 Dresde, Aleman.
<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/europeanpsymarzo/93-104.pdf>.
3. Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica Rev Psiquiatr Urug 2008;72(2):121-129 Autore George Awad.
4. Esquizofrenia y calidad de vida, un reto pendiente Por CLARA BASSI 10 de agosto de 2008.
<http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2008/08/10/178511.php>
5. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría versión impresa ISSN 0211-5735 Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. v.27 n.2 Madrid 2007. Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia. Sonia Lafuente Lázaro¹, José Santos Francisco González², Isabel Criado Martín³ y Concha Covarrubias Fernández.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352007000200005&script=sci_arttext
6. Calidad de Vida en pacientes esquizofrénicos tratados en atención primaria de salud Victoria de la Caridad Ribot-Reyes 1 y Teresita del Carmen García-Pérez. Complejo Comunitario Interdisciplinario de Salud (CINSA). La Habana, Cuba. 2 Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán”. La Habana, Cuba.
<http://www.fearp.org/revista/publicados/10/2529.pdf>.
7. Seguimiento de la calidad de vida en los trastornos bipolares y esquizofrénicos Fuente: A. Jarne y T. Rodríguez (1999).
<http://www.ub.edu/personal/docencia/infocomp/calidadcomp1.htm>.

8. Determinantes de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia crónica. Autores: A. Herrán D. Sierra-Biddle, M. J. Cuesta, M. Sandoya Hospital Universitario Marqués De Valdecilla. Avenida de Valdecilla s.n. 39008 Santander. España. http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa4/conferencias/4_ci_e.htm
9. Calidad de vida Subjetiva y síntomas Psicóticos básicos en Paciente con Esquizofrenia en distintos recursos asistenciales en un estudio preliminar José Ignacio Zarrudo y Salvador Herrera Universidad de Sevilla Hospital Penitenciario de Sevilla. http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_67-72.pdf.
10. El otro lado del paciente psiquiátrico. Ahora sí importa la calidad de vida la <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/03/07/neurocienciadossiers/1204914863.html> personas con esquizofrenia.
11. Primera edición, octubre 2008 Título: Calidad de vida y Esquizofrenia: Estudio realizado con la población perteneciente a las Asociaciones de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid © Edita AMAFE. Ruiz Perelló, 7- 28028 Madrid. Teléf. 91 3612768 - Fax 91 3613001. Correo electrónico: centrodedia@amafe.org - www.amafe.org.
12. Esquizofrenia Un Trastorno Psicótico Información para pacientes http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/pacientes/02_que_es.html.
13. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia Cognitive function and quality of life in schizophrenia Alvaro Caviedes. <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v43n2/art03.pdf>.
14. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. Alejandra Caqueo Urizar y Serafín Lemos Giráldez. Universidad de Tarapacá (Chile) y Universidad de Oviedo. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3525>.
15. Proyecto de intervención social mejorando la calidad de vida del esquizofrénico y su grupo familiar, en las comunas de Dalcahue y Achao, durante el año 2005 Autores: Patricia Gutiérrez G. Adriana Gallardo C. Cecilia Westermeyer Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar 2004.

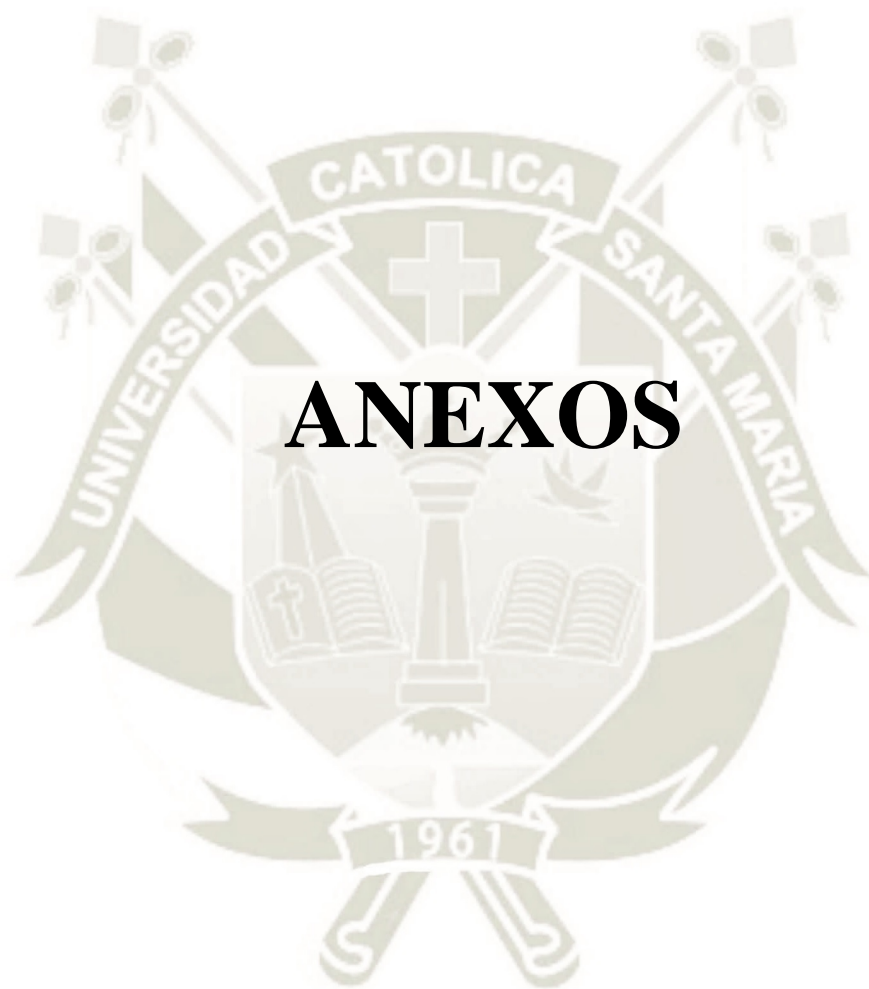
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/4/Puerto%20Mونت%202004/Mejor_calidad_de_vida_paciente_esquizofrenico_.pdf

16. Importancia de la Evaluación Adecuada de la Calidad de Vida en la Esquizofrenia.

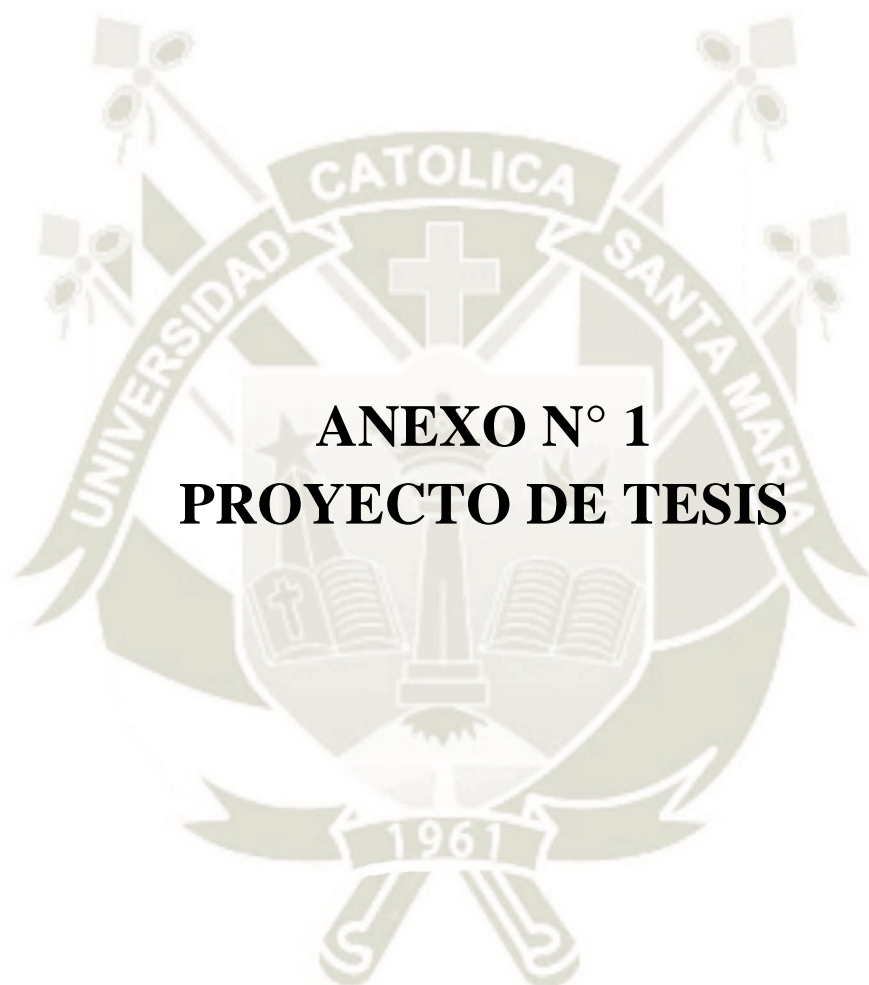
Autor: Awad AG, Voruganti LN.

<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb818.htm>.





ANEXOS



ANEXO N° 1
PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL DEL NIÑO DEL ADOLESCENTE Y DE LA FAMILIA



“REPERCUSIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE NEUROLÉPTICOS TÍPICOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS ATENDIDOS CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI” AREQUIPA – 2013

Proyecto de Tesis presentada por la Bachiller:
ELIANA URSULA RUBINA CARBAJAL

Para optar el Grado Académico de
**Magister en Salud Mental del Niño,
del Adolescente y de la Familia**

AREQUIPA – PERÚ

2013

PREÁMBULO

Durante mi experiencia profesional observe recaídas en los pacientes esquizofrénicos deteriorando su calidad de vida, lo que me motivo la presente investigación.

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales de mayor complejidad e interés de la salud mental posiblemente una de las enfermedades de mayor impacto de la salud pública mundial, esta es una enfermedad mental irreversible en la que se necesita un tratamiento de por vida de costo económico alto, soporte familiar adecuado y terapias de rehabilitación.

El tratamiento de la esquizofrenia es mixto, tratamiento psicofarmacológico, tratamiento psicoterapéutico, tratamiento físico.

La medicación psicofarmacológica se realiza en base a neurolepticos o drogas antipsicóticas que son fármacos que actúan en el sistema nervioso central, modificando la conducta algunas de ellas son los antipsicóticos típicos, producen reacciones extrapiramidales, síntomas indeseables que muchos pacientes no lo toleran, afectando su calidad de vida.

La calidad de vida del paciente esquizofrénico implica por un lado la cobertura de las necesidades básicas como techo, comida, higiene, así como también las relaciones sociales y de ocupación del tiempo como el trabajo, los amigos, todo esto vivenciado de una manera satisfactoria por el individuo.

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1 Enunciado del problema:

Repercusión de la administración de neurolépticos típicos en la calidad de vida de pacientes esquizofrénicos atendidos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa 2013.

1.2 Descripción del problema:

Campo : Ciencias de la salud

Área : Salud Mental

Línea : Neurolépticos

Nivel de Investigación: Correlacional Corte transversal.

1.3 Análisis u operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
	Datos Sociodemográficos	
	Edad	12 – 17 años 18 – 23 años 24 – 29 años 30 – 35 años 36 – 41 años 42 – mas
	Sexo	Femenino Masculino
	Grado de instrucción	Analfabetos Primaria Secundaria Superior
	Lugar de procedencia	Arequipa Mollendo Camaná Tacna Cusco Puno Moquegua Otros

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
<p>Variable Independiente</p> <p>Neurolépticos: Sustancias que actúan a nivel del sistema nerviosos central, potentes depresores, actúan bloqueando los receptores de la dopamina modificando la conducta</p>	<p>Familiar responsable</p> <p>Diagnóstico de esquizofrenia</p> <p>Tiempo de evolución de la enfermedad</p> <p>-Ingresos económicos</p> <p>Mecanismos de acción</p> <p>Tipos de Neurolépticos</p> <p>Dosis del Neuroléptico</p> <p>Tiempo de consumo</p> <p>Reacciones Extrapiramidales</p>	<p>Padres</p> <p>Padres y Hermanos</p> <p>Madre</p> <p>Padre</p> <p>Hermanos</p> <p>Esposa</p> <p>Tíos</p> <p>Abuelos</p> <p>Otros</p> <p>Paranoide</p> <p>Catatónica</p> <p>Residual</p> <p>Desorganizada</p> <p>Simple</p> <p>Indiferenciada</p> <p>< de un Año</p> <p>> de un Año</p> <p>5 Años mas</p> <p>Sueldo Básico</p> <p>Mayor del Básico</p> <p>Menor del Básico</p> <p>Disquinesia oral</p> <p>Falso parkinsonismo</p> <p>Acaticia</p>

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
<p>Variable Dependiente</p> <p>Calidad de vida: Percepción individual de la posición en la vida en el contexto cultural y de los de los valores en donde viven.</p>	<p>- Efectos colaterales</p> <p>Aspectos Favorables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción vital • Autoestima • Armonía <p>Aspectos Desfavorables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de aprehensión cognoscitiva • Perdida de energía • Falta de control interior • Dificultad de expresión emocional • Dificultad de expresión cognoscitiva • Extrañamiento • Miedo a la pérdida del control • Hostilidad contenida <p>Automatismo</p>	<p>- Dermatitis</p> <p>- Retención urinaria</p> <p>- Sequedad de boca</p> <p>- Galactorrea</p> <p>- Fotosensibilización</p> <p>- Otros</p> <p>Menor presencia de aspectos favorables</p> <p>Mayor presencia de aspectos favorables</p> <p>Mayor presencia de aspectos desfavorables</p> <p>Menor presencia de aspectos desfavorables</p>

1.4 Interrogantes Básicas:

1. ¿Cómo es la administración de neurolépticos típicos de los pacientes esquizofrénicos que se atienden en el del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
2. ¿Cuál es la calidad de vida del paciente esquizofrénico que usa neurolépticos típicos que se atienden en el Centro de salud Mental Moisés Heresi?

3. ¿Cuál es la repercusión de la administración de los Neurolépticos típicos en la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos que se atienden en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi?

1.5 Tipo y Nivel del Problema:

Tipo: Campo

Nivel: Correlacional de corte transversal.

1.6 Justificación de problema

La esquizofrenia es una enfermedad caracterizada por distorsiones de la percepción, cognición, pensamiento, afectividad inapropiada. Esta enfermedad mental es la más frecuente en el mundo y la prevalencia es del 1%, por toda la sintomatología mencionada, la calidad de vida de estos pacientes es venida a menos.

La calidad de vida se centra en el bienestar y la satisfacción de la persona. El trastorno mental severo así como la esquizofrenia es caracterizado por generar discapacidad en diferentes ámbitos de quienes la sufren y un impacto negativo en su calidad de vida, dificultan su desarrollo de sus capacidades

En nuestro país es uno de los principales trastornos mentales que se atienden en los centros especializados de salud mental, es así que durante el 2004 un total de 10642 casos se reportaron en el Hospital Hermilio Valdizan – Ministerio de Salud (MINSA) respecto a la incidencia de género muestra estadística que se halla presente la esquizofrenia en un 55% en hombres y un 44% mujeres.²

Relevancia Social: Son conocimientos que aportaran para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Relevancia Científica: Este estudio nos permitirá incrementar los conocimientos de los efectos negativos de los neurolépticos típicos en la

² http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=2705&anio=2005

calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos atendidos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi para mejorar la calidad de vida de estos.

Relevancia Humana: La importancia de esta investigación va a permitir mejorar la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos con la participación de la familia que son el soporte en el tratamiento, rehabilitación y reinserción a la sociedad.

Este estudio es factible.

2. Marco Teórico

2.1 ESQUIZOFRENIA

La descripción de cuadros semejantes a los que actualmente se conocen como esquizofrenia, fue realizada por Kraepelin (Alemania) en 1896 y 1899, que denominó como “demencia precoz”, caracterizada por graves deterioros cognitivos y comportamentales similar a las demencias experimentadas por los ancianos. Pero en este caso se daría en una edad juvenil entre los 15 y 25 años

A Bleuler (Suiza) en 1911 le pareció que este cuadro no siempre iba a una demencia y que no siempre era de inicio precoz, por lo cual rebatió el nombre de demencia precoz y propuso el término “esquizofrenia” como una escisión en la asociación de ideas o como una retirada de la realidad y vida social. El término de esquizofrenia significa mente dividida.

La esquizofrenia es un trastorno que comprende una severa desorganización del funcionamiento social, alteraciones de tipo cognitivo, afectivo y del comportamiento.

2.2 EPIDEMIOLOGÍA:

La esquizofrenia es una afección relativamente frecuente. Tiene una prevalencia de 1% de la población peruana dentro de los datos de salud 2004 y la prevalencia estaría aumentando ya que muchas personas no recurren a los

servicios de salud. No existe información epidemiológica de carácter nacional sobre la prevalencia de trastornos esquizofrénicos.³

Este trastorno se da con más frecuencia en las ciudades y en las clases sociales más bajas pero esto último es discutible porque cabe la posibilidad de que el paciente esquizofrénico descienda de clase social por la enfermedad misma. Además en países más desarrollados se ha visto que la red de apoyo familiar es más pobre, por lo cual el pronóstico es malo, en relación con los países menos desarrollados.

La edad de comienzo bordea los 14-16 años en adelante y es muy raro que se inicie después de los 40 años. Podría tener algunas características estacionales, pero no está muy claro.

2.3 ETIOLOGÍA

2.3.1 Factor Genético:

Oscila entre un gen único, pero mucho más consistente es la herencia poligénica (cuadros más leves hasta los más severos), los más graves con mayor número de familiares esquizofrénicos, tanto relacionado con la herencia de la madre como del padre.

En la población general el riesgo es más o menos de 1%, comprobado con estudios nacionales e internacionales. En todos lados el riesgo es similar.

En parientes de 2º grado el riesgo sube a 5-6% y en parientes de 1º grado sube hasta 10-12%.

En mellizos dicigotos el riesgo es similar de 10-12%, pero en monocigotos el riesgo se acerca al 45%. Cuando el padre y la madre tienen esquizofrenia el riesgo es de 35-40%.

En estudios de adopción (de países nórdicos) se ha visto que en los hijos de padres esquizofrénicos adoptados tempranamente el riesgo es de 10-12% (similar a familiares de 1º grado); desde este punto de vista la adopción no

³ http://www.anr.edu.pe/web_mtu/pdf/2.%20lineamientosSALUD_MENTAL.pdf

influye en la tasa de enfermos. En gemelos monocigotos criados separadamente tiene la misma proporción de riesgo que si vivieran juntos con los padres o adoptados. Hijos de padres no esquizofrénicos, adoptados por padres (al menos uno de ellos con esquizofrenia) no tienen riesgo mayor (1%). Aunque no se puede despreciar el factor ambiental, el factor genético parece ser fundamental en la aparición del cuadro, como, no se sabe; se ha dicho que los genes involucrados están en el cromosoma 5 – , pero actualmente esto no está bien determinado.

Según la Dra. Ann Pulver ³ el gen específico no ha sido especificado pero se encontraría en el cromosoma 13 indicó la Dra. Pulver principal responsable del estudio que se desarrolló durante 15 años en 1000 personas de más de 100 familias.

Encontrar el gen particular que pretenda un riesgo de esquizofrenia sería encontrar una cosa determinada en una gran ciudad destacó Pulver. ⁴

Pero encontramos la ciudad (el cromosoma 13).

Actualmente no está bien determinado el cromosoma

2.3.2 Factores Bioquímicos.

Las personas con esquizofrenia tienen un desequilibrio químico de ciertas sustancias del cerebro (Serotonina y Dopamina) que reciben el nombre de neurotransmisores permiten que las neuronas (células cerebrales) envíen señales entre ellas. El desequilibrio de estos neurotransmisores afecta la manera en que el cerebro de una persona reacciona ante los estímulos, lo que se explica por qué una persona con esquizofrenia puede verse abrumada por información sensorial (música ruidosa o luces brillantes) que la mayoría de las personas puede manejar fácilmente, este problema afecta para procesar diversos sonidos olores etc., también da lugar a alucinaciones o ideas delirantes.

⁴ Dr. Wolfgang Maier La Educación para el desarrollo. Año Nro1_1999-Perú. Avances en Ciencias, artes y humanidades. Revista pág. 25.

La teoría básica no entra en polémica sobre si esta hiperactividad dopaminérgica es debida a una liberación excesiva de dopamina, a un exceso de receptores dopaminérgicos, o una hipersensibilidad de estos receptores para la dopamina, o una combinación de todos estos mecanismos. Tampoco específica qué vías dopaminérgicas pueden ser las más involucradas, aunque las mesocorticales y mesolímbicas son probablemente las más implicadas. Las neuronas dopaminérgicas de estas vías proyectan desde sus cuerpos celulares en el mesencéfalo hacia las neuronas dopaminoreceptivas del sistema límbico y corteza cerebral.

La hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia continúa puliéndose y perfeccionándose cada vez más. Una cuestión con la que se especula es que los receptores dopaminérgicos tipo 1 (D1) podrían tener alguna relación con los síntomas negativos, y algunos investigadores están interesados en utilizar agonistas de estos receptores para tratar tales síntomas. El descubrimiento reciente del receptor dopaminérgico tipo 5 (D5) se ha relacionado con el receptor D1 y se continúa investigando en esta línea. De forma paralela, los receptores tipo 3 y tipo 4 (D3, D4) se han vinculado con el receptor D2 y serán objeto de investigaciones posteriores, a medida que se vayan desarrollando agonistas y antagonistas de estos receptores. Por lo menos un estudio ha proporcionado información sobre un aumento de los receptores D4 en análisis post mortem de muestras de tejido cerebral de pacientes esquizofrénicos.

Aunque la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia ha sido investigada durante más de 20 años y sigue siendo la hipótesis neuroquímica más lógica, presenta dos problemas fundamentales. Primero, los antagonistas de la dopamina son eficaces para tratar a prácticamente a todos los pacientes psicóticos agitados, al margen del diagnóstico. No es posible, por tanto, concluir que la hiperactividad dopaminérgica sólo se da en la esquizofrenia. Por ejemplo, los antagonistas de la dopamina también se utilizan en el tratamiento de los episodios maníacos. Segundo, algunos datos electro fisiológicos sugieren que las neuronas dopaminérgicas pueden incrementar su tasa de impulso en respuesta a la exposición prolongada a fármacos antipsicóticos. Esto implica

que la alteración inicial en la esquizofrenia puede ser un estado hipodopaminérgico.

La relevancia de la dopamina en la fisiopatología de la esquizofrenia concuerda con los estudios que han determinado las concentraciones plasmáticas del principal metabolito de la dopamina, el ácido homovainílico. Algunos estudios preliminares indican que bajo condiciones experimentales muy controladas, las concentraciones de ácido homovainílico en plasma pueden ser un reflejo de las concentraciones de este metabolito en el Sistema Nervioso Central. Estos estudios describen una correlación positiva entre las concentraciones de ácido homovainílico antes del tratamiento y dos factores: la gravedad de los síntomas psicóticos y la respuesta al tratamiento con anti psicóticos. Estas investigaciones también han señalado que tras un incremento transitorio de las concentraciones plasmáticas de ácido homovainílico, estas concentraciones van disminuyendo de una forma regular. Esta disminución se correlaciona con el atemperamiento de los síntomas por lo menos en algunos pacientes.

Otros neurotransmisores. Aunque la dopamina es el neurotransmisor que ha recibido mayor atención en la investigación sobre la esquizofrenia, los estudios se van centrando también en otros neurotransmisores. El que se considere la implicación de otros neurotransmisores se justifica por lo menos por dos razones. Una, ya que la esquizofrenia es probablemente un trastorno muy heterogéneo, es posible que alteraciones en diferentes neurotransmisores conduzcan al mismo síndrome conductual. Por ejemplo, las sustancias alucinógenas que afectan a la serotonina, el LSD y dosis altas de sustancias que afectan a la dopamina por ejemplo, la amfetamina pueden provocar síntomas psicóticos que son difíciles de distinguir de una intoxicación. Dos, la investigación básica en ciencias neurológicas ha demostrado claramente que una sola neurona puede contener más de un neurotransmisor y puede tener receptores para media docena más de neurotransmisores. Por tanto, los diferentes neurotransmisores del cerebro interactúan entre ellos de forma compleja, y el funcionamiento anormal puede ser el resultado de los cambios en una única sustancia.

Serotonina. Este neurotransmisor ha concentrado gran parte del interés de las investigaciones en esquizofrenia a partir de la observación de que algunos de los llamados antipsicóticos atípicos actúan sobre la serotonina (clozapina, risperidona y ritanserina). En concreto, se ha indicado que es importante antagonizar el receptor tipo 2 de la serotonina (5-HT₂) para reducir los síntomas psicóticos y mitigar los trastornos del movimiento relacionados con el antagonismo de los receptores D₂. Como también se ha sugerido en la investigación sobre los trastornos del estado de ánimo, la actividad de la serotonina parece estar relacionada con la conducta impulsiva y suicida que también puede observarse en los pacientes esquizofrénicos.

El Ácido Glutámico neurotransmisor excitante se ha relacionado con la biología de la esquizofrenia. Algunos sugieren que las alucinaciones en la esquizofrenia estarían ligadas a una mayor activación de este receptor, NMDA.

2.3.3 Factor Neurológico:

En el Tomografía Axial Computarizada se encuentra Atrofia Cerebral en 10-35% de los casos, según las condiciones, ya que es difícil evaluar por las condiciones experimentales. Está más claro el aumento de los ventrículos laterales y tercer ventrículo entre 10-15%. A mayor daño en Tomografía Axial Computarizada, más síntomas negativos, neuropsiquiátricos, extrapiramidales, historia premórbida de menor ajuste en su vida. También a mas alteración del Tomografía Axial Computarizada, menor respuesta a medicamentos. La Resonancia Magnética corrobora el aumento de ventrículos laterales. Se ve la disminución del volumen del hipocampo, amígdala y circunvolución parahipocámpica, por lo tanto disminución del sistema límbico. La disminución del flujo sanguíneo frontal, aumento del flujo pariental y en general una disminución del flujo global. Es evidente la disfunción del lóbulo frontal, con gran probabilidad que sea secundaria al aumento de receptores D₂ en ganglios basales.

En el Electro Encefalograma se encuentra más anormalidad hay disminución del ritmo alfa y aumento del ritmo theta y delta; se pone en duda la laterización

alterada (aunque se encuentra muchas veces una asimetría con más alteración del hemisferio izquierdo).

Se ha encontrado hasta en un 80% de pacientes, movimientos sacádicos paroxísticos de los ojos que son muy rápidos y los de seguimiento suave, que tienden a estabilizar la imagen. También en mayor número de tics, tono muscular aumentado o alterado y en general hay alteración de la motilidad fina.

2.3.4 Factores Psicológicos y Factores Sociales:

En varios estudios se ha comprobado que existe una relación entre el nivel social y el diagnóstico de Esquizofrenia.⁵

Los factores psicológicos y sociales son muy difíciles de analizar. Dentro de los Factores Familiares se han hecho estudios de “Expresividad emocional de la familia”, midiéndose comentarios y crítica hostiles de los padres y familiares hacia el paciente, el grado de compromiso emocional familiar, cuan intrusivos son los padres y la familia con respecto al paciente, también la calidez emocional de los padres hacia el paciente. De acuerdo a esto se distinguen 2 tipos de familias:

- a. Alta expresividad emocional: Se descompensan más fácilmente en la casa (con más recaídas), aún con tratamiento. Son más estrictos, más hostiles, muy intrusivos, con poca calidez emocional.
- b. Baja expresividad emocional: lo inverso, menos recaídas.

La expresividad emocional se ha relacionado con el contacto “cara - cara” entre el paciente y su familia, a mayor contacto hay más recaídas y descompensación, y los fármacos son menos efectivos. Se ha dicho que no es bueno que los pacientes pasen más de 35 horas a la semana con sus padres (no aclarado aún), pero se necesita un mínimo de expresividad emocional en la familia, ya que lo contrario sería dejarlos solos, lo que no ayudaría en nada al paciente.

⁵ Mc. Guffeb Farne 1999. Investigación sobre la etiología. Pág. 479.

Esta expresividad emocional no es causa o no produce esquizofrenia, pero si ayuda a desencadenamiento o mantenimiento de ella.

Existen también algunos “Life events” o acontecimientos vitales que ayudan a la esquizofrenia. Si estos sucesos vitales se acumulan fuertemente se desencadenarán episodios de esquizofrenia. Tampoco son causales, sino desencadenantes. Se incluyen los “Life events” positivos (ascensos, logros, etc.).

En varios estudios se ha comprobado que existe una relación entre nivel social y el diagnóstico de esquizofrenia hay quienes piensan que el hecho de pertenecer a una clase social baja puede producir por si solo esquizofrenia, a esta se denomina hipótesis socio genética su escasa educación, así como la ausencia de recompensas y oportunidades, pueden contribuir a una experiencia estresante.

Otras teorías del desarrollo psicológico son:

- Paradigma del procesamiento de la información: estos estudios muestran que el déficit cognitivo es una característica central en el sujeto con esquizofrenia, haciendo que la eficiencia de las respuestas de afrontamiento ante sucesos estresantes queden mermadas. Un elevado estrés provoca una disminución del procesamiento de la información.
- Rasgos de personalidad: Las personas con esquizofrenia presentan determinados rasgos a lo largo de su infancia. Se afirma desde esta perspectiva que estos sujetos, cuando son niños, se perciben menos eficaces, con menor capacidad para enfrentarse a aquellas situaciones en que se compromete el esfuerzo personal. Además, suelen ser individuos excitables, con tendencia a dar respuestas ansiosas.

Dado que no se conoce la etiología, no se conoce la terapia específica:

- Terapia orgánica.
- Terapia psicológica.
- Terapia ambiental.

La terapia orgánica incluye la farmacoterapia, fundamental, por sus avances en los últimos años.

2.3.5 Factores de vulnerabilidad al estrés:

Se supone que existe una vulnerabilidad psíquica para que pueda producirse la esquizofrenia. La primera responsabilidad se debe a determinadas condiciones hereditarias se sabe que en algunas familias la esquizofrenia es frecuente, mientras que en otras no.

Debido a esta predisposición una persona puede ser vulnerable a sufrir la enfermedad pero esta no es una condición ecuánime para desarrollarla. Como desencadenante de la enfermedad debe sumarse una carga emocional especial (Estrés) los síntomas patológicos de la esquizofrenia deben entenderse como un intento de escapar de una manera a esta carga excesiva.

¿Cuáles son estas cargas ¿ Pueden ser acontecimientos de la vidas estresantes normalmente impredecibles, como la muerte de una persona próxima, el servicio militar, la pérdida de un puesto de trabajo .también un acontecimiento feliz, como el nacimiento de un niño, una boda, es decir situaciones que supongan un cambio de vida. Sobre todo una carga emocional permanente puede significar una exigencia excesiva para una persona vulnerable: la actitud excesivamente preocupada de la familia o pareja cohibe a la persona y disminuye su autonomía, hay casos en que la persona sufre de esquizofrenia es por sí, más retraída debido a ello provocan que los demás quieran ayudarle. Otra actitud seria cuando los miembros de la familia tiene una actitud de rechazo encubierto, es decir no se habla del problema pero se manifiesta en las expresiones y actitudes, el afectado se critica y desvaloriza.

Las cargas emocionales excesivas desencadena los primeros brotes ,pero también los brotes posteriores son provocados por situaciones de estrés aunque sean de carga leve.

2.3.6 Signos y síntomas

Se llaman signos y síntomas a aquellas manifestaciones del sujeto que anuncian una anomalía o enfermedad, serían síntomas los dolores, las inflamaciones, los cambios de ritmos biológicos. El problema de la esquizofrenia es que la mayoría

de los síntomas son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiera, hay dos tipos de síntomas de Esquizofrenia:

* **Síntomas Positivos:** Son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar.

* **Síntomas Negativos.** Son aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden realizar cotidianamente, como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia otras personas, tener voluntad para levantarse cada día.

Síntomas positivos: El esquema de los síntomas positivos es el siguiente

* **Síntomas Positivos Mentales: (Psicóticos)**

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

***Delirio.** Se trata de una convicción errónea de un origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas. El alcance con la realidad está restringido. El paciente ve el delirio como la única realidad válida. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Cuando se advierte de este estado a veces no hay que pensar en el inicio de un tratamiento o la hospitalización, ya que la desesperanza que puede llegar a producir en el paciente hace que haya intentos de suicidio tipos: Persecución, de culpa, de grandeza, religioso, somático, de referencia.

***Trastornos de Pensamiento:** La manera de hablar suele darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado, relatan a menudo, que ha perdido control sobre sus pensamientos, que estos le ha sido sustraídos, impuestos o que son dirigidos por extraños poderes o fuerzas relacionados con el lenguaje tenemos: Descarrilamiento, Tangencialidad, Ilogicabilidad, presión del habla, distrabilidad.

En las crisis psicóticas, estos síntomas anteriores descritos pueden ir acompañados de:

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

*Síntomas Positivos Vegetativos: Insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios .

*Síntomas Positivos de la Motricidad: Comportamiento agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva.

* **Síntomas Negativos:**

En la Esquizofrenia también hay otra serie de síntomas, menos alarmantes pero que se suelen confundir como signos de pereza o de mal comportamiento, son los llamados síntomas negativos como por ejemplo, la apatía, la falta de energía, la falta de placer, insociabilidad, etc., los cuales deben ser tratados en la misma medida que los síntomas activos o positivos.

Todos estos síntomas, afectan a todo los ámbitos: social, laboral, familiar, en algunos aspectos el enfermo esquizofrénico tiene menos capacidad de acción de una persona sana .Estas deficiencias las llamamos síntomas negativos.

Se pueden ver estos síntomas antes de que aparezcan las alucinaciones y los delirios, pero en su forma más clara se manifiestan solo después de la desaparición de los síntomas positivos hablaríamos de la fase residual de la enfermedad.

Hay que subrayar que no todas las personas que sufren de esquizofrenia tienen estos impedimentos o síntomas. Alrededor de una tercera parte de los enfermos no lo tienen en absoluto o de maneras tan poco acentuada que apenas le molestan en la vida cotidiana

Síntomas Negativos.

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

helada, de madera, mecánica, movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos: no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado. Escaso contacto visual. Puede rehuir a la mirar a los demás, permanece con la mirada extraviada, incongruencia afectiva. El afecto expresado es inapropiado, sonrío cuando se habla tiene una calidad monótona y las palabras importantes no están enfatizadas por medio de cambios de tono o voz o volumen.

***Alogia:** Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Se manifiesta a través de: Pobreza del lenguaje. Restricción de la cantidad de lenguaje espontáneo, las respuestas son breves y raramente hay información adicional, pobreza del contenido del lenguaje. Aunque las respuestas son largas, el contenido es pobre. El lenguaje es vago repetitivo y estereotipado, bloqueo: interrupción del lenguaje antes de un pensamiento o idea que haya sido completado, después de un periodo de silencio que puede durar unos segundos no puede recordar lo que estaba diciendo o lo que quería decir, latencia de respuesta incrementada. El paciente tarda más tiempo de lo normal en responder a la pregunta.

***Abulia-Apatia:** La abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso, la apatía es de interés. A diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativa crónica y normalmente no está acompañado de una afectividad triste, se manifiesta en: Pro con el aseo y la higiene, falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otro sentimiento de cansancio, lentitud, propensión al agotamiento físico y mental.

***Anhedonia:** Es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras: tiene pocos o ningún hobbies, tienden a mostrar un decremento de la actividad e interés sexual en función de lo que tendría ser normal según la edad y el estado del mismo, puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad y estado familiar, relaciones con amigos y semejantes restringidas. Hacen poco o ningún esfuerzo para desarrollar dichas relaciones.

***Problemas Cognitivos** la atención. Problemas en la concentración y en la atención. Solo es capaz de concentrarse esporádicamente se distrae en medio de una actividad o conversación: Se manifiesta en situaciones sociales, se le va la mirada no sigue el argumento de una conversación, le interesa poco el tema, acaba bruscamente una discusión o tarea aparente.

2.3.7 Criterios diagnósticos de Esquizofrenia CIE – 10

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- A. Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- B. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referida al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepciones delirantes.
- C. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo y otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- D. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que son adecuadas a las culturas del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de la identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos)
- E. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompaña de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presenta a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- F. Interpolaciones o bloqueos en curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o llenos de neologismo.

- G. Manifestación catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.
- H. Síntomas negativos, tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de las competencias sociales). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.

Pautas para el diagnóstico:

El requerimiento habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos más si son menos evidentes, de cualquier de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referido entre el cinco y ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastornos psicóticos agudo de tipo esquizofrénico (F23.2) y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un periodo de tiempo más largo

2.3.8 Criterios diagnósticos del DSM-IV

Criterio A.- El paciente debe tener dos o más de los siguientes síntomas característicos: 1.- Delirio. 2.- Alucinaciones. 3.- Lenguaje desorganizado (por ejemplo, laxo). 4.- Síntomas catatónicos. 5.- síntomas Negativos (aplanamiento afectivo, pérdida de voluntad o alogia).

Criterio B.- Disfunción social y laboral, ya que desde el comienzo de la enfermedad el esquizofrénico tiene áreas importantes de malfuncionamiento, ya sea en el trabajo, cuidado personal o relaciones interpersonales, las cuales están claramente disminuidas (por lo tanto, de ello se deduce que los síntomas son graves).

Criterio C.- Tiene que haber una alteración del modo de ser de la persona de por lo menos 6 meses de evolución. Los Síntomas agudos deben haber durado por lo menos un mes, aunque los comportamientos extraños deben durar un tiempo

previo. Para plantear el diagnóstico de esquizofrenia se debe tener, por lo tanto, un cuadro prolongado.

Criterio D.- No tienen que haber trastornos afectivos concomitantes.

2.4 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA:

Las alteraciones de las funciones psiquiátricas en la esquizofrenia generan una serie de síntomas. Todos los cuadros esquizofrénicos tienen en mayor o menor grado algunos de los síntomas de las diferentes alteraciones psíquicas. En virtud de las manifestaciones preponderantes, se pueden clasificar los cuadros esquizofrénicos:

2.4.1 Esquizofrenia de tipo paranoide:

En este caso lo más importante está la presencia de alucinaciones ,de tipo auditivo, delirios más o menos sistematizados. Estas ideas, sistemas, percepciones y ocurrencias delirantes , pueden ser de distintos tipos:

- a. Tipo persecutorio: por organizaciones o grupos conocidos (más o menos importante) o desconocidos como gobiernos, , los judíos, los Masones, etc.
- b. Tipo grandioso: Presencia de capacidades extrañas como predecir el futuro, descubrimiento de cosas, ideas geniales.
- c. Tipo somático: Ideas delirantes acerca del cuerpo como que el corazón ya no late, los intestinos están vacíos o podridos, le sacaron el cerebro por la nariz, etc.
- d. Tipo religioso-místico: El paciente se cree el hijo de Dios, elegido de Dios, ser Dios mismo, ser el Diablo, que organiza el juicio final.
- e. Tipo sexual: Ideas delirantes de naturaleza sexual como que todos saben de su sexualidad, violaciones permanentes, que es convertido sexual invertido sexual, cambio de órganos sexuales, que es de un sexo cuando siempre ha sido de otro.

f. Tipo nihilista: Cree que el mundo es una farsa, se sabe muerto, sabe que nada existe.

Estas ideas delirantes acompañan frecuentemente de pseudo alucinaciones auditivas y todos los síntomas son típicamente positivos con poca tendencia a síntomas negativos.

En general este subtipo clínico tiene un comienzo más tardío (20-25 años), con una personalidad más madura y mantenida, que es más estable y permite que el delirio se mantenga durante mucho tiempo o cambie un poco luego de instalarse.

Se da muchas veces la doble contabilidad como una alteración de la unidad del yo, donde el sujeto puede vivir el mundo real (por ejemplo, la pobreza del hospital) y al mismo tiempo sin que tome contacto alguno, puede vivir el mundo delirante (como que el hijo de Dios o que el Rey de algún país).

Este tipo de esquizofrenia es la más frecuente en el mundo y de mejor pronóstico.

2.4.2 Esquizofrenia Hebefrenica o desorganizada:

Es un cuadro que comienza (14-16 años), por lo tanto, la personalidad del sujeto no está formada y el pronóstico es malo. Es una esquizofrenia donde los trastornos afectivos son importantes . Es frecuente el comportamiento irresponsable, e imprevisibles, y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada se acompaña de risas inmotivadas ,insulsas hace bromas pesadas, son pueriles, hacen comentarios inadecuados y desubicados, con una conducta que parece desinhibida o desajustada. Hay fuertes alteraciones de la volición con la pérdida del sentido de la vida y pasando años sin hacer nada luego de dejar el colegio o el trabajo.

Los pacientes tienen alteraciones significativas del curso del pensamiento ,, mas que del, contenido y rápidamente llegan a disgregarse . Además se asocia a una afectividad fuertemente alterada, inapropiada, plana e incluso autista, con poco contacto con las personas y consigo mismo, apareciendo lejano y pobre afectivamente.

El aspecto general frecuentemente es bizarro, desgarbados y francamente sucios y desaseados, exageradamente cochinos en relación a su ambiente social.

En suma, en estos pacientes son más predominantes los síntomas negativos .

2.4.3 Esquizofrenia de tipo catatónico:

Predominan los síntomas catatónicos de la esfera psicomotora o síndrome catatónico. Tiene un comienzo más tardío que el hebefrénico. Además tienen mejor pronóstico, aún con el riesgo vital al que están sometidos durante la crisis. Estos pacientes oscilan entre la inhibición y la excitación, y así puede un paciente cursar un cuadro clínico (más bien raro) llamado catatonía periódica con tendencia a producirse el síndrome catatónico en forma periódica. Los más importantes de los signos del síndrome catatónico son:

- a. Estupor catatónico:** Inmovilidad absoluta del sujeto, no obedece ni recibe órdenes y está como retraído inmóvil. En esta situación pueden pasar horas o días, lo que constituye una situación de urgencia, por falta de alimentación y de ingestión de líquidos, o bien por retención urinaria y de las deposiciones, todo lo cual lleva a complicaciones médicas potencialmente mortales.
- b. Catalepsia:** El sujeto adopta y se mantiene fijamente en una posición durante ratos más menos largos (varios minutos). Son posturas extravagantes e inadecuadas .Hallazgos posibles son la presencia de una “almohada psíquica” (cabeza apoyada en una almohada inexistente, o sea, con la cabeza en el aire). y la flexibilidad cérica donde los músculos están como cera debido a que hay hipotonía muscular agonista y antagonista que permite que el paciente mantenga posiciones muy incómodas sin agotarse.
- c. Obediencia automática:** El paciente acepta sin oposición alguna todas las órdenes del examinador. Como muchas veces el paciente está consciente de este hecho, puede aceptar las cosas que él desee y no debe extrañar que no obedezca algunas órdenes.
- d. Conductas en eco o de imitación:** Cuando la persona hace los movimientos o gestos igual que los que realiza el examinador.

- e. Estereotipias:** Deben distinguirse de los tics. Ya que corresponden a movimientos repetitivos activamente ejecutados por el sujeto, monótonos y que no corresponden a alguna razón o motivo. son movimientos complejos e inútiles que no sirven a ninguna finalidad, como movimientos de ciertas partes del cuerpo, gestos permanentes de la cara, de las manos.
- f. Hiperkinesia psicomotora:** Es todo lo contrario del estupor. Se produce una agitación psicomotora que puede comenzar lenta o bruscamente con intensa intranquilidad, inquietud, ausencia de reposo o descanso y varios días sin dormir. Cada vez son más incontrolables conduciendo a daño al medio ambiente (terceros o cosas) y así mismos. Puede llevar a estados de agotamiento con riesgo vital del paciente.

2.4.4 Esquizofrenia indiferenciada:

No predomina un síntoma concreto para el diagnóstico es mezcla de diferentes subtipos.

2.4.5 Esquizofrenia Simple:

Caracterizada por un comportamiento extravagante, incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social, y disminución del rendimiento en general . Los rasgos negativos (abulia) aparecen sin haber sido precedidos por síntomas psicóticos claramente manifiestos. Escasa respuesta emocional creciente empobrecimiento social. desarrollo progresivo.

2.6.6 Esquizofrenia Residual:

Estado crónico final del curso de la esquizofrenia, en la que se ha producido una evolución progresiva desde los estados iniciales hasta los finales, caracterizados por síntomas negativos y deterioro persistente (no necesariamente reversible).

2.5 CURSO DE LA ENFERMEDAD:

Cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo, se

habla de un episodio esquizofrénico o psicótico, en general después de estos episodios no quedan síntomas negativos.

Se puede hablar de una esquizofrenia cuando ya en la primera ocasión que se presentan las manifestaciones de la enfermedad se mantienen durante un tiempo más o menos largo, cuando los síntomas vuelven a aparecer al cabo de algún tiempo y cuando la enfermedad desemboca en sintomatología negativa. Se pueden distinguir tres fases

2.5.1 Primera fase prodrómica:

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

2.5.2 Segunda fase activa:

Es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, es en la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días. En otros casos el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lenta y de forma muy desapercibida. La duración de los brotes varía según la persona y pueden extenderse desde unas semanas hasta un año. Un mismo enfermo suele tener brotes de duración parecidas. Lo mismo ocurre con

los intervalos entre brotes, según las características de las personas puede oscilar entre meses y varios años y son generalmente de la misma duración.

2.5.3 Tercera fase residual:

No la sufren todos los enfermos, en esta fase los síntomas negativos llegan a su culminación y el deterioro personal, social y laboral es grave.

Teoría de los tres tercios: 1/3 se recupera, 1/3 sigue teniendo ciertas limitaciones después de un brote, 1/3 curso grave de enfermedad y no pueden vivir de forma autónoma.

2.6 PRONÓSTICO:

El pronóstico en la esquizofrenia se puede esquematizar en la clasificación de los cuadros esquizofrénicos en:

- a. 25% de los pacientes cura ad-integrum o muy cercano. Mantienen una vida normal tanto, profesional como personal.
- b. 25% de los pacientes mejoran, pero quedan con síntomas “residuales”, por lo que no rinden como antes del inicio de la esquizofrenia.
- c. 25% de los pacientes tienen importante compromiso sintomático y en la vida social y laboral. Son incapaces absolutamente de trabajar debido a su bajo rendimiento, Pero pueden vivir más o menos bien en la sociedad.
- d. Finalmente, el último 25% de los pacientes tienen una esquizofrenia francamente devastadora. Están absolutamente incapacitados para labores mínimas aún con tratamiento, debido a que pueden mejorar un poco, pero luego recaen fácilmente con largos periodos de hospitalización sin que puedan vivir su vida ni siquiera más o menos normal.

Esto se ha mantenido en los diversos estudios clásicos sobre la esquizofrenia, aún con los cambios en las estrategias terapéuticas. Es importante considerar que en los dos grupos intermedios, el tratamiento a permanencia mejora fuertemente el pronóstico, ya sea evitando la aparición de los síntomas o controlándolos cuando aparecen permitiendo una mejor calidad de vida.

Pronóstico: Hay factores de buen y mal pronóstico:

BUENO	MALO
Comienzo tardío de vida	Comienzo precoz
Precipitantes psicológicos antes de la aparición del cuadro.	No hay
Comienzo brusco, agudo en poco tiempo	Larvado e insidioso
Buen ajuste social previo, trabajo, estudio, relaciones afectivas.	Mal ajuste, autismo retraimiento.
Presencia de síntomas afectivos, no propiamente esquizofrénicos, (especialmente los depresivos)	No hay, incluye afecto esquizofrénico (heboide)
Esquizofrénico Catatónico y Paranoide	Esquizofrénico desorganizado
Ser Casado, (capaz de formar relación afectiva)	Soltero viudo
Sin antecedentes familiares.	Con antecedentes
Existe apoyo familiar.	Ausente o distante
Síntomas positivos	Síntomas negativos.
Sin historia psiquiátrica previa	Presencia de síntomas psiquiátricos previos.
Esfera psicosexual funciona bien.	Mal funcionamiento sexual

2.6.1 Suicidio.

Alta probabilidad: 30-40% de intentos de suicidios en el curso de la esquizofrenia. Cerca de 8-10% pueden efectivamente suicidarse. Siempre es un riesgo y grave en cualquiera de sus subtipos.

Cuando hay más riesgo de suicidio: Edad juvenil, inicio de la enfermedad, ambiciones altas y exageradas, cuadro tórpido con muchas recaídas y exacerbaciones, periodo de recuperación del brote (cuando está mejorando), sentimientos fuertes de depresión y desesperanza, intensa agitación, intentos previos de suicidios (dentro o fuera de la enfermedad), el hecho de vivir solo, planes para suicidarse (incluso en los delirios más bizarros), nivel educacional más alto.

En general la esquizofrenia Tipo I es de mejor pronóstico, porque lo que estaría más alterado en el cuadro sería el aumento de receptores dopaminérgicos D2, son los que responden mejor a los neurolépticos.

La esquizofrenia Tipo II (síntomas negativos) hay más lesión estructural del cerebro, con pérdida neuronal y mala respuesta a los neurolépticos.

2.7 TRATAMIENTO:

Aunque en el pasado algunos terapeutas sostenían que los fármacos no tenían cabida en el tratamiento de la esquizofrenia, en la actualidad la mayor parte del esfuerzo terapéutico va dirigido en ese sentido.

Es importante enfatizar que el tratamiento debe orientarse a todos los aspectos de la enfermedad. Diferentes estudios realizados han mostrado que las intervenciones terapéuticas combinadas (psicofármacos, psicoterapia, intervención familiar, intervención social, etc.) son más efectivas que los abordajes excluyentes de otras opciones.

Terapia Antipsicótica:

El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia se efectúa mediante unos fármacos llamados al principio neurolépticos por sus efectos catalépticos y más modernamente hay un cierto consenso en llamarlos Anti psicóticos.

Desde la introducción del antipsicótico Clorpromazina en 1954 las medicaciones psicotrópicas se ha convertido en el pilar del tratamiento para la Esquizofrenia y otras-.

La terapia conductista ha sido de utilidad al facilitar nuevos patrones de conducta en el paciente, facilitando el apareamiento de conductas más normales y adaptativas.

La terapia familiar constituye un punto crucial en el tratamiento de estos pacientes. El esquizofrénico generalmente experimenta un deterioro de las relaciones familiares e interpersonales en general. Uno de los grandes problemas de la enfermedad viene de la poca comprensión que existe sobre la misma a nivel general. El rol de la familia y amigos cercanos como estructuras de apoyo al paciente esquizofrénico es de suma importancia y no deben escatimarse esfuerzos dirigidos a mejorar las deterioradas relaciones familiares e interpersonales y favorecer el involucramiento cada vez mayor de la familia y amigos en el proceso terapéutico del esquizofrénico.

La Psicoterapia de grupo ha mostrado ser efectiva en combinación con otras formas de tratamiento, más que si se utiliza como única opción aislada. El abordaje debe centrarse en los aspectos de la vida cotidiana del paciente, en las prioridades, programas, conflictos y relaciones interpersonales.

La intervención ambiental, basada en las técnicas propuestas por Madison han mostrado ser de mucha utilidad al facilitar la reinserción de los pacientes a su medio ambiente social, familiar y laboral.

2.8 PSICOFÁRMACOS:

Los psicofármacos, son sustancias químicas de origen natural o sintético que presentan una acción específica sobre el psiquismo y actúan a nivel del sistema

nervioso, o sea, que son susceptibles a modificar la actividad mental. Actúan pues, sobre diversas aéreas psíquicas: Estado de conciencia, percepción, psicomotricidad, afectividad , conducta.

2.8.1 CLASIFICACIÓN:

1.- Drogas depresoras del Sistema Nervioso Central.

- a.- Neurolépticos, anti psicóticos o tranquilizantes mayores.
- b.- Ansiolíticos, tranquilizantes menores.
- c.- Hipnóticos.

2.- Drogas estimulantes;

- a.- Antidepresivos o timoanalepticos.
- b.- Psicoestimulantes o noanalepticos.

3.- Perturbadores del Sistema Nervioso Central.

Drogas depresoras del sistema nervioso central:

Los depresores del sistema nervioso central son sustancias que pueden disminuir la función normal del cerebro. Existen numerosos depresores del SNC, la mayoría de los cuales actúan sobre el cerebro afectando el neurotransmisor ácido gammaaminobutírico (GABA). Los neurotransmisores son sustancias químicas cerebrales que facilitan la comunicación entre las células cerebrales. El GABA funciona disminuyendo la actividad cerebral. Aunque las diferentes clases de depresores del SNC trabajan en maneras únicas, en definitiva es a través de su habilidad de aumentar la actividad del GABA que los depresores producen un efecto somnoliento o calmante.

Durante los primeros días en que se comienza a tomar un depresor del SNC recetado, la persona generalmente se siente somnolienta y con falta de coordinación. Sin embargo, a medida que el cuerpo se va acostumbrando a los efectos de la droga, estas sensaciones empiezan a desaparecer. Si se usan estas drogas por largo tiempo, el cuerpo desarrolla una tolerancia hacia la droga y necesitará dosis más fuertes para lograr los mismos efectos iniciales.

Como los depresores del SNC trabajan disminuyendo la actividad cerebral, cuando una persona deja de tomarlos, la actividad cerebral puede acelerarse fuera

de control pudiendo producir convulsiones u otras consecuencias dañinas. El síndrome de abstinencia después del uso prolongado de depresores del SNC puede causar complicaciones que ponen en peligro la vida del usuario.

2.8.2 Neurolépticos:

Un neuroléptico o antipsicótico o tranquilizantes mayores. Es un fármaco que bloquean los receptores dopaminérgicos actúan, sobre los neurotransmisores. es un fármaco que comúnmente, aunque no exclusivamente es usado para el tratamiento de la psicosis .Los neurolépticos ejercen modificaciones fundamentales en el cerebro y en dosis terapéuticas no presentan efectos hipnóticos.

Se distingue dos grandes grupos de neurolépticos: los llamados clásicos o típicos: que se caracterizan por bloquear los receptores dopaminérgicos D2, son muy eficaces en los síntomas positivos, pero provocan bastantes efectos secundarios. Neurolépticos atípicos: su acción anti psicótica se ejerce por el antagonismo de los receptores dopaminérgicos D2 que sino también sobre sobre receptores serotoninérgicos, produciendo mayor eficacia en los síntomas positivos y negativos.

Los neurolépticos de depósito o inyectables, que se inyectan vía intramuscular y actúan a lo largo de muchos días. Su ventaja se halla en el hecho de garantizar la liberación de la sustancia, posibilidad de reducir la dosis a administrar, nivel de fármaco en plasma predecible y constante y se puede tratar a los pacientes que presentan dificultades de absorción con la medicación oral.

La acción beneficiosa y eficaz que tienen los neurolépticos en el tratamiento de los pacientes psicóticos se ve acompañada de importantes efectos indeseables. En muchas ocasiones es necesario administrar dosis de neurolépticos que indefectiblemente provocarán la aparición de efectos secundarios pues en dosis menores no serían útiles (riesgo/beneficio).

2.8.2.1 Neurolépticos típicos clásicos.

La introducción de la Clorpromazina, en 1954, constituyó uno de los logros más importantes en los avances en el tratamiento de la esquizofrenia. Este fue el

primero de la nueva clase de fármacos cuyo uso cambio radicalmente el tratamiento de la esquizofrenia.

Luego de la Clorpromazina surgió una gran cantidad de productos derivados y/o familiarizados con esta, constituyéndose un grupo de medicamentos conocidos como fenotiazinas, de los cuales se han diferenciado tres grupos básicos:

Atifáticas: Que incluyen Acepromacína, Ciamepromazina, Cíorpromasina, Levomepromazina, Mesoridazina, Metoxipromazina, Promazina, Prometazina, Propiomazina.

Piperidínicas: Entre las que destacan Pipotiazina, Properciazina y Tioridazina.

Piperazínicas; Que incluyen Butilpiperazina, Dixirasiua, Fúfenazina, Oxalflumazina, pefenazina, Proclorperazína, Tíoproperazina y Trifluoperazina.

Una vez se generalizó la aceptación de los neurolépticos, pronto comenzaron a hacerse evidentes los desagradables efectos secundarios derivados de su uso, de los cuales, quizá del más temible de todos, la Disquinesia Tardía, se encuentran los primeros estudios en 1957, aunque su relación con el uso de neurolépticos se estableció hasta muchos años después.

Otro de los temibles efectos secundarios, este derivado del uso en combinación con medicamentos como el Carbonato de litio, lo constituye el Síndrome Neuroléptico Maligno, cuyos primeros reportes se remontan a 1980.

También entre las novedades del pasado se encuentran las Butirofenonas, entre las que destacan: Benperidol, Droperidol, Fluanizona, Haloperidol, Lemperona, Pipamperona y Trifluoperidol.

2.8.2.2 Neurolépticos Atípicos:

Y por último, los nuevos antipsicóticos, entre los que destacan la Clozapina, la Olanzapina, la Quetiapina y el Risperidol. Sin embargo, pese al avance logrado en el tratamiento con la introducción de los nuevos antipsicóticos, aún estamos lejos de encontrar el antipsicótico ideal, por el momento el manejo ideal consiste en una combinación de todas las opciones terapéuticas, tratando de utilizar la dosis mínima efectiva que nos permita obtener un buen efecto terapéutico con un

mínimo de efectos secundarios o colaterales. En ese sentido, la ventaja la tienen los nuevos antipsicóticos que poseen un perfil terapéutico similar al de los neurolepticos convencionales pero con menor incidencia de efectos secundarios de tipo extrapiramidal que lleva en muchos casos al fracaso terapéutico por el abandono del tratamiento por parte del paciente debido a la intolerancia del fármaco.

Con lo descrito aquí no se pretende agotar el tema, de hecho la Esquizofrenia llena muchos capítulos de las más diversas obras, esta sólo es una breve y superficial aproximación dirigida al clínico no familiarizado con las patologías psiquiátricas.

Desafortunadamente, muchas personas con esquizofrenia no toman los medicamentos que necesitan. El entendimiento de la importancia de la medicación para el control de la esquizofrenia importantísimo para los pacientes, las familias y la comunidad.

Otras opciones terapéuticas utilizadas incluyen: Benzamidas como la Amisulprida, Prosulprida. Sulpirida, Sultoprida y Tiaprida, Dibenzoxazepinas como la Loxapina, Dibenzotiazepinas entre las que se incluyen a la Clotiapina, Metiapina y Octocletepina. Dibenzozazepinas como la Fluperlapina y la Perlapina. Difenilbutilpiperidinas que incluyen a la Carpipramina, Fluspirileno, Penfluridol y Pimozida índoles como Molindona y Oxipertina. Tioxantenos como Clopentixol, Clorprotixeno, Flupentixol, Tiotixeno y Zuclopentixol.

2.8.3 Efectos secundarios de los neurolepticos.

El efecto antipsicótico: empieza a ser evidente a las 2 semanas de tratamiento y en aproximadamente 6 meses se produce el efecto completo en la mayoría de los pacientes. Efecto tranquilizante: Los neurolepticos disminuyen la agitación y excitación en enfermos psicóticos, este efecto es inmediato (unos minutos después de la administración parenteral) y reaparece la excitación cuando bajan los niveles plasmáticos de estos agentes. Es la más importante y la que determinó su utilización en Psiquiatría, se caracteriza, por indiferencia afectiva y emocional, lentitud manifiesta para la realización de actividades psicomotoras, quietud y falta de interés por el medio ambiente que rodea al paciente,

disminución de la iniciativa, reactividad e indiferencia al entorno. No se produce sueño habitualmente, y sí ocurriera, los pacientes son fácilmente despertados. El enfermo responde correctamente a las preguntas que se le hace, pero con el mínimo de palabras. Si no se le estimula permanece en silencio. Responde correctamente a numerosos test de función, intelectual, salvo los que están basados en el estado de alerta o vigilancia, los que están disminuidos. Los pacientes parecen aislarse de estímulos que son especialmente nocivos para ellos. Este cuadro, producto de la acción de los neurolepticos, contrasta claramente con el de excitación psicomotriz que presenta el paciente maniaco o hipomaniaco, por ejemplo, y que puede haber determinado la administración de clorpromazina u otros agentes.

Los efectos secundarios de los neurolepticos son más aparatosos y alarmantes que realmente peligrosos. Por tanto es necesario tener bien informados a los pacientes y a los que les rodean o influyen, de la posible aparición de efectos indeseables.

EFFECTOS ADVERSOS :

- A nivel psíquico:
- Al inicio del tratamiento, pueden aparecer: indiferencia afectiva (reducción global de las emociones y de la viveza de sentimientos), astenia física y psíquica, pasividad.
- En el transcurso del tratamiento pueden aparecer estados depresivos que van unidos al medicamento en sí mismo o secundarios cuando la supresión del delirio es demasiado rápida.

A nivel del Sistema Nervioso Central.

Reacciones Extrapiramidales. Se desarrollan de forma aguda tras el comienzo del tratamiento o escasas semanas y generalmente son reversibles. La intensidad de las reacciones extrapiramidales es mayor con los neurolepticos de alta potencia. Existen varios tipos:

* **Parkinsonismo Inducido:** Nos recuerda a la enfermedad de Parkinson con rigidez muscular, facies inexpresiva, sialorrea, piel brillante, el temblor suelen

ser menos llamativo. Este cuadro también puede confundirse con empeoramiento de la agitación.

* **Reacciones distónicas aguda:** Suelen ocurrir al inicio del tratamiento y por su aparatosidad resultan muy alarmantes. El enfermo y la familia se angustian en extremo. Consisten en: Opistótonos, torticolis o movimientos espásticos del cuello, contracción de la musculatura maxilar no pudiendo abrir la boca, movimientos oculógiros, protrusión de la lengua, muecas faciales, adopción de posturas extravagantes, movimientos estereotipados de balanceo, tics..

***Acatisia:** Es el síntoma extrapiramidal más frecuente, necesidad de "no estar quieto", consiste en aumento del tono muscular o incapacidad para la relajación especialmente en piernas. El paciente lo suele referir músculos rígidos, tensos necesidad de moverse continuamente ansiedad y nerviosismo. Es importante no confundirlo con el empeoramiento de la agitación.

***Discinesias tardías.** Pueden aparecer en pacientes tratados durante muchos años. Consisten en movimientos anormales de la boca, lengua y extremidades superiores.

***A nivel del Sistema Nervioso Vegetativo:**

Sequedad de boca, congestión nasal, estreñimiento, retención urinaria y trastornos de acomodación de la vista.

***A nivel del sistema Cardiovascular**

El principal efecto indeseable es la hipotensión ortostática (con taquicardia refleja) especialmente provocada por los neurolépticos sedantes.

***A nivel endocrinológico:**

Impotencia en el hombre, frigidez y trastornos del ciclo menstrual en la mujer. Variaciones del peso, aumento del peso de los senos, amenorrea, galactorrea. Los neurolépticos incrementan la secreción de prolactina. También inhiben la liberación de gonadotrofinas, disminuyendo la producción de testosterona, estrógenos, y progesterona, de tal manera que puede observarse amenorrea, y en hombres disminución del peso testicular, luego de tratamientos crónicos.

***Efectos hematológicos:**

***La agranulocitosis** (disminución de la producción de neutrófilos). Es poco frecuente, generalmente aparece entre las 8 semanas de iniciado el tratamiento, aunque puede hacerlo después de meses. Es reversible al suspender la droga, si vuelve a administrar el agente puede reaparecer la agranulocitosis en un tiempo de 20 días aproximadamente. Debe cambiarse a otro neuroléptico con estructura química diferente.

***Otros: Con los neurolépticos fenotiacínicos** puede aparecer fotosensibilidad y más raramente dermatitis, prurito y urticaria.

***Pigmentaciones oculares cutáneas:**

Se ha observado en tratamientos prolongados y con dosis alta de clorpromazina una pigmentación azul grisácea de zonas expuestas a piel por acumulación de un pigmento semejante a la melanina. Pueden aparecer depósitos de un pigmento pardo claro en determinadas regiones oculares, como algunas zonas del cristalino y la retina. Aunque en general no afectan la visión.

***Sistema de Músculo Esquelético:**

Disminuyen la actividad motora espontánea. Con dosis altas inducen un estado cataléptico con inmovilidad por mucho tiempo.

***Síndrome maligno:** Puede aparecer al inicio del tratamiento en individuos con predisposición. Se caracteriza por palidez, hipertermia progresiva no explicable por otros trastornos orgánicos y graves trastornos neurológicos y vegetativos.

2.9 CALIDAD DE VIDA

El interés por la Calidad de Vida ha existido de tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión Calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60 el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, par en un segundo momento contemplar elementos subjetivos. (Arostegui, 1998)

Diversos autores han conceptualizado la calidad de vida desde diferentes perspectivas, Cummins en una revisión sobre definiciones de calidad de vida refieren que el 85% incluye el bienestar emocional, el 70% los temas relacionados con la intimidad, y el 56% el trabajo y las actividades relacionadas con la productividad.

Algunos autores han sugerido que un mínimo de tres dominios físico, psicológico y social son esenciales en la calidad de vida, otros han indicado que solo las áreas físicas y psicológicas son suficientes.

En general se recomienda la utilización de una definición multidimensional debido a que ofrece una evaluación equilibrada de múltiples áreas de funcionamiento y bienestar ⁶.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) define la calidad de vida de una persona como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de los valores en donde viven y en relación a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus

⁶ Cummins RA, McCabe MP, Roreo Y, Gullone E. The comprehensive quality of life scale: Instrument development and psychometric evaluation on tertiary staff and students. *Educ Psychol Meas.* 1994;54:372-82

relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Algunas definiciones consideran en la Calidad de Vida los aspectos que pueden estar directamente relacionados con la salud y que pueden afectar a las medidas terapéuticas. Por ejemplo, Croog y Levine incluyen en su concepto: realización de roles sociales, estado fisiológico (funcionamiento físico y síntomas), estado emocional, función cognitiva, sensación de bienestar⁷.

La evaluación del concepto de calidad de vida, presenta una situación parecida. Para Denno, Williams, Giangreco y Cloninger (1993), los enfoques de investigación de este concepto son variados. Pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); indicadores Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y, Enfoques cualitativos, que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos años.

2.9.1 Dimensiones de la calidad de vida:

Las tres dimensiones que comprende la calidad de vida son:

- **Dimensión Física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausente la enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y

⁷ Croog SH, Levine S. Quality of life and health care interventions. New Jersey: Prentice Hall; 1989.

los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

- **Dimensión Psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

2.9.2 Características de la calidad de vida:

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida. Ejemplo: La felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según el **modelo biopsicosocial**. El ser humano es un todo
- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

2.9.3 Calidad de Vida en pacientes esquizofrénicos

Los trastornos mentales severos se definen como enfermedades de evolución caracterizadas por generar discapacidad en diferentes ámbitos de quienes las sufren, y un impacto negativo en su calidad de vida, una importante sobrecarga familiares y costos relevantes a nivel individual, familiar y social.

Uno de los aspectos que más se ve alterado es la calidad de vida de las personas afectadas por la esquizofrenia. Este concepto está vinculado a la relación del individuo con su vida desde un enfoque global, alude a la posibilidad que tiene la persona con esquizofrenia de reflexionar sobre sí mismo. Esto permite dimensionar el impacto de una cierta enfermedad, a partir de la valoración subjetiva que el propio sujeto hace de su vida. Esta situación es relevante, en cuanto todo trastorno mental severo implica alteraciones funcionales en distintos ámbitos (vincular, interaccional, de la ejecución de roles sociales y de la capacidad de satisfacer las propias necesidades personales), lo que indudablemente afecta la calidad de vida de quienes los padecen.

La calidad de vida de los pacientes que sufren esquizofrenia se ve afectada por factores intrínsecos a la enfermedad y por factores extrínsecos derivados de los prejuicios relacionados con la enfermedad mental. Es aquí donde el personal de salud interviene para trabajar con el paciente y lograr la calidad de vida de este paciente trabajando su realidad, sus necesidades, inquietudes, con la familia y comunidad.

Sin duda el concepto de calidad de vida, en los últimos años ha formulado un revuelo en general en la forma de hacer psiquiatría y en la atención y cuidados que se deben brindar especialmente en el área de enfermería que vela por mantener estándares de calidad de vida adecuados en este tipo de pacientes.

Tomando en cuenta que la calidad de vida del paciente esquizofrénico no significa la búsqueda de un nivel óptimo de la felicidad, sino más bien en la

reducción de problemas relacionados a su trastorno, es importante que el personal de salud maneje conceptos lo referido a calidad de vida y como parte fundamental se resalta la importancia de la evaluación de la calidad de vida especialmente cuando su objetivo es valorar las necesidades y los resultados. Además que el personal de salud debe estar capacitado para el trabajo con pacientes esquizofrénicos de manera intramural como extramural.

La reforma psiquiátrica se comenzó a ver desde la perspectiva del paciente, la necesidad de mejorar su calidad de vida, mediante una mayor participación suya en los servicios de salud mental, así como las decisiones y participación del tratamiento.

Desde el inicio del movimiento de desinstitucionalización muchos profesionales de la salud mental expresaron su preocupación por la calidad de vida de las personas con discapacidades psiquiátricas. La reforma psiquiátrica configuro el contexto ideológico organizativo que ha trasformado profundamente los modos de atención en salud mental con ello paso a un modelo nosocomial-manicomial, a un modelo comunitario, que así mismo modifico la forma de analizar y valorar la situación y las posibilidades del enfermo mental crónico.

La mejor calidad de vida promueve el mantenimiento y la integración a la comunidad de los pacientes esquizofrénicos así como su autonomía, funcionamiento social emocional examinando las relaciones interpersonales y la interacción social.

Uno de los aspectos que más interés ha despertado es la evaluación de la satisfacción del paciente respecto a la atención recibida en los servicios de salud mental. Los resultados indican que el paciente se siente más satisfecho al acudir a servicios comunitarios.

2.9.4 Calidad de Vida en distintos ámbitos de los servicios humanos:

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones comparando una con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no solo a la eliminación de la enfermedad sino fundamentalmente en la mejora de la Calidad de Vida del paciente. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, sida, asma y esclerosis múltiple, entre otras.

En el terreno de la Educación la investigación es aun escasa y existen muy pocos instrumentos para evaluar la percepción de los niños y jóvenes sobre los efectos de la educación en su Calidad de Vida. No obstante, los cambios trascendentales acaecidos en la forma de entender la educación en todo el mundo, particularmente en lo que atañe a los alumnos con necesidades educativas especiales, ha ido en una línea paralela a la seguida por aquellos que promueven la calidad de vida. En este sentido, comienzan a desarrollarse estudios sobre los factores asociados a la efectividad de la escuela poniendo especial atención en aquellos que ejercen un efecto sobre el alumno, comienzan a tener cabida en el currículum nuevas áreas con un carácter menos académico que las tradicionales y más vinculado con la formación integral de la persona y la mejora de su calidad de vida, la tecnología de la rehabilitación pasa a formar parte del continuo de apoyos y servicios de que el sistema educativo dispone para hacer realidad la inclusión en el medio escolar de alumnos con discapacidad y, desde el

servicio educativo se adopta un enfoque de mejora de la calidad en el que la satisfacción del usuario, en este caso, el alumno, pasa a convertirse en un criterio de máxima relevancia.

A partir de la década de los 80, se adoptó también el concepto en el mundo del retraso mental y otras deficiencias relacionadas, dado que captaba una visión nueva y cambiante sobre las personas con discapacidad. En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre opciones diversas, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas, aspiraciones, y a tener mayor participación en las decisiones que les afectan. Por ello ha sido y es un concepto guía. La mejora de la Calidad de Vida es actualmente una meta compartida por muchos programas de desinstitucionalización y acceso al empleo normalizado por parte de las personas con discapacidad.

3. Antecedentes Investigativos:

3.1 Rehabilitación del Paciente Psiquiátrico en Hospital de día Centro de Salud Mental Moisés Heresi – 1998.

Autor: Espinoza Ortiz Erminia

Conclusión:

Con la aplicación de programas de Rehabilitación se ha alcanzado significativamente niveles de recuperación referente a la evolución de la enfermedad, participación familiar en cuanto a habilidades Psicosociales y ocupacionales.

3.2 Calidad de vida en Pacientes Esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa, 2007.

Autora: Salazar Fajardo, Cecilia

Conclusiones:

La Calidad de Vida en pacientes esquizofrénicos es de mayor presencia de aspectos desfavorables.

Más de la cuarta parte de la población de estudio tiene presencia de aspectos favorables de calidad de vida dentro de los que predomina la Autoestima.

3.3 Esquizofrenia y Economía Familiar en un Hospital Psiquiátrico de Lima

Autor: Castillo Martel, Humberto

Conclusión:

Las familias perciben los beneficios del tratamiento especialmente en el área del desempeño social y bienestar del paciente.

Pero muy poco en el campo laboral los índices de calidad de vida y semanas libres de síntomas son heterogéneos y varían fundamentalmente en relaciones a

mayores, ingresos de la familia y mayor inversión el tratamiento y atención social del paciente.

4.4 Validación de una escala de calidad de vida, en un grupo de personas con Esquizofrenia de la Región Metropolitana – Chile, 2007.

Autoras: Doris Castellón, Angélica
Contreras Negra, Aixa

Conclusión:

En Chile, la investigación de este tema en poblaciones de enfermos mentales es escasa; los resultados sobre la Valoración de la Calidad de Vida es negativo en el grupo de pacientes de condición Socioeconómica media baja; en la que se realizó la aplicación de la muestra.

4.5 Calidad de vida en personas con Esquizofrenia en un centro de Día, España 2000

Autores: Cibanal, Juan
Yangues, Pol
López, Neipp
Rodríguez, Rodrigo

Conclusión:

La discusión en grupo de los factores que determinan la calidad de vida es un recurso vital para la Planificación de Actividades Rehabilitadoras.

a. Objetivos:

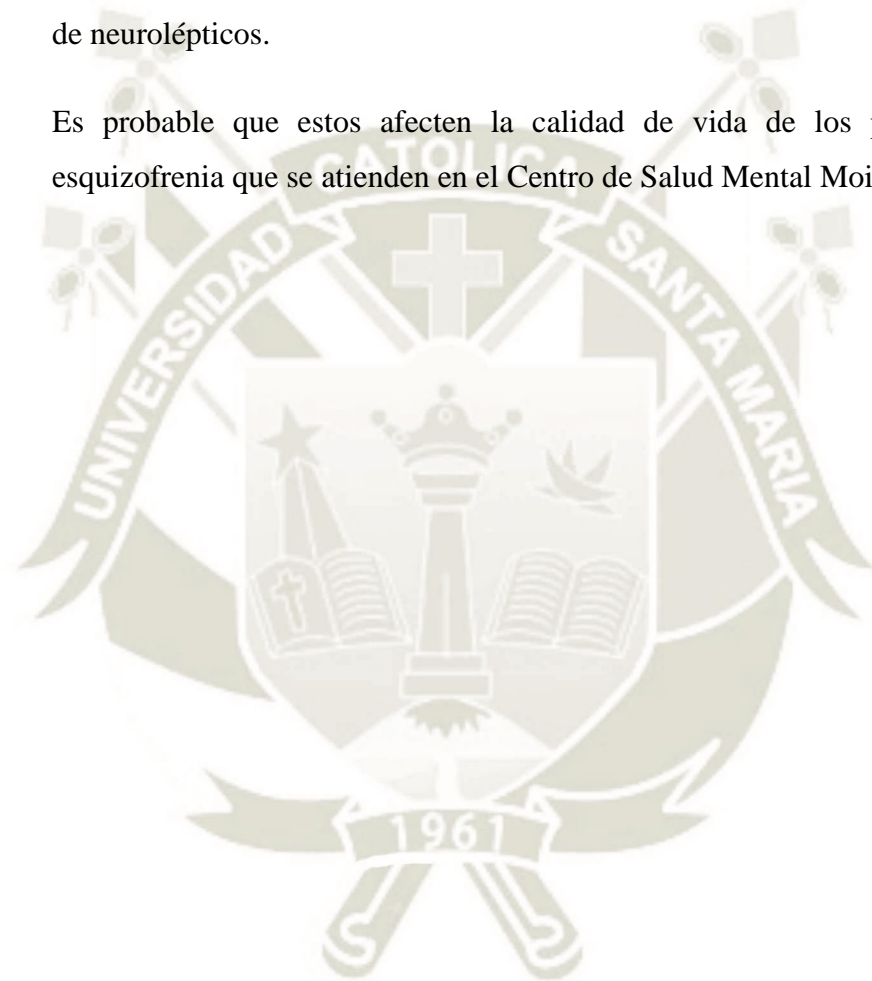
- a. Precisar el manejo en la administración de neurolépticos típicos en pacientes esquizofrénicos que se atienden en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- b. Precisar cómo es la calidad de vida del paciente esquizofrénico que usa neurolépticos típicos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

- c. Establecer la repercusión de la administración de neurolépticos típicos en la calidad de vida de pacientes esquizofrénicos que se atienden en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

b. Hipótesis:

Dado que la esquizofrenia es una patología mental irreversible en la que los pacientes presentan deterioro en las diferentes esferas siendo necesario el uso de neurolépticos.

Es probable que estos afecten la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia que se atienden en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.



II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica:

- Para variable Neurolépticas se hará uso de la técnica de la Entrevista.
- Para la variable Calidad de Vida se hará uso de la Entrevista.

2. Instrumento:

- Cédula de Entrevista a los pacientes esquizofrénicos que usan neurolépticos típicos.
- La aplicación de la cédula de entrevista (Cuestionario de Sevilla de Calidad de Vida).

3. Campo de Verificación:

3.1 Ubicación espacial

3.1.1 Ámbito Geográfico:

El presente trabajo de investigación se realizará en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, en los servicios de hospitalización y consultorio externo.

3.1.2 Ubicación Temporal:

El presente de investigación se realizará en el año 2013.

3.1.3 Unidades de Estudio:

El total de pacientes que presentan esquizofrenia que usan neurolépticos típicos.

a) Criterios de Exclusión:

Pacientes con administración de neurolépticos atípicos y pacientes descompensados.

b) Criterios de Inclusión:

Pacientes con administración de neurolépticos típicos.

Todos los pacientes que se encuentran en la consulta externa, hospitalización y que están compensados y presentan cualquier tipo de esquizofrenia.

c) Universo:

Está considerado por 50 pacientes de constituyen el 100%.

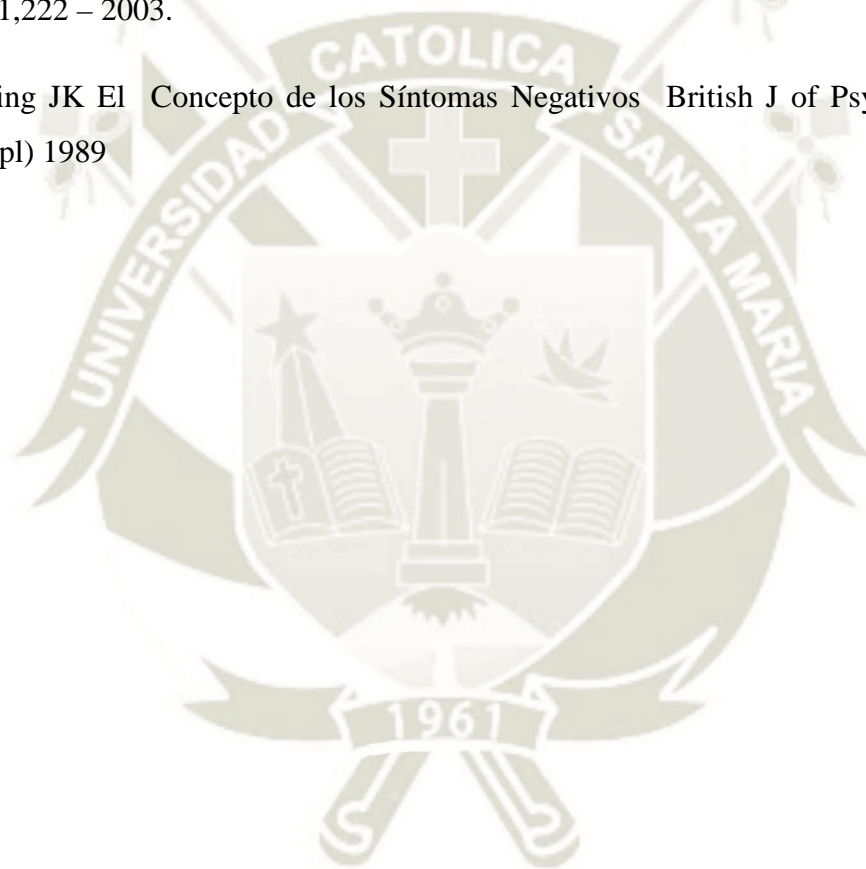
4. Estrategias de recolección de datos:

- a. Coordinación con la escuela de Post grado.
- b. Coordinación con el Director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi para la autorización respectiva en la aplicación del instrumento y la recolección de datos.
- c. Coordinación con la enfermera coordinadora del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
 - Aplicación de la prueba piloto del instrumento de la variable Neuroléptico para su evaluación.
 - Motivación a los pacientes para la aplicación de la cédula de entrevista.
 - El horario para la recolección de datos se realizará en horario de mañana y tarde.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson C Reiss, D Hogarty G Esquizofrenia y Familia. Amorroutu Editores B Aires 1966.
2. Andreassen N Black, Introducción de Textos de Psiquiatría Americana, Washington 1995
3. Anger Meyer, M & Filiam R. “Modelos Teóricos de calidad de Vida en los Trastornos mentales” PP 316 Editorial Mauso SA 2000.
4. Badia Xavier, Garcia AF, “La Medición de la calidad de Vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de Investigación de resultados en salud. Barcelona Edimac 2000,61:78.
5. Barcia D, Ruiz E, Borgoña E, Solorio P, “Calidad de Vida del paciente Esquizofrénico Psicopatología” 1992,12;96 – 104.
6. Bellack A Kimt M Tratamiento Psicosocial Esquizofrenia Reporte Especial Vol 14 N 2, 1993.
7. Betancur M Esquizofrenia Rehabilitación otro camino Prensa Creativa Medellín 1994.
8. Dunner D Concurrent Terapia Psiquiátrica .Saunders Company Philadelphia 1993.
9. Garcia J y Cob: “Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría” Clínica 2 eda. Edición , España 2000.
10. Giner J, Baca E, Bobes J, Ibáñez E, Leal C, Cerrera S, “Calidad de vida en enfermos Esquizofrénicos. Desarrollo de un Instrumento Español para su evaluación el cuestionario de Sevilla. Análisis de Psiquiatría 1995;11: (9) 313-9.
11. Kales A Stefanis C Talbot J Recientes Avances en Esquizofrenia Springer Verlang Inc NewYork 1990.
12. Kays S Significado Positivo - Negativo distinto de la Esquizofrenia Bull Vol 16 No 4 ,1990.

13. Lader M Herrington R Tratamientos Biológicos de la Psiquiatría, Oxford University Press, Oxford 1990.
14. Schwartzman : La calidad de vida relacionada con la salud, Aspectos Conceptuales Revista y Enfermería, V9 Nro 02, Chile 2000.
15. Stuart G.W Enfermera Psiquiátrica” 8ª Ed. 2006.
16. Vidal Alarcón R. Lolas F. “Esquizofrenia Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría” Tomo II Marc Pedia Ed Medica Panamericana Buenos Aires, pag 221,222 – 2003.
17. Wing JK El Concepto de los Síntomas Negativos British J of Psych Vol 155 (Supl) 1989



PAGINAS EN INTERNET

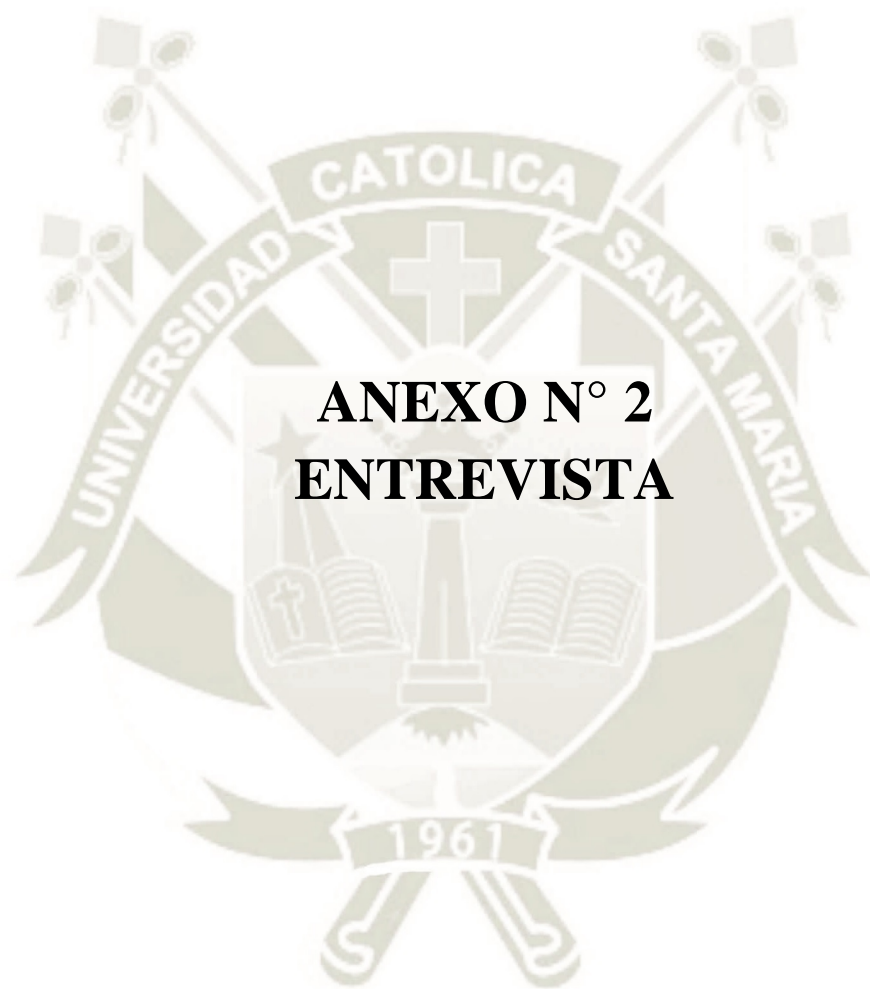
1. “Calidad de vida y factores relacionados a los pacientes Esquizofrenicos, que se atienden en los Servicios de Atención en ARAUCO Chile Abril a junio 2009”
Manuali Rodríguez Vidal y Manuel Castro Salas.
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1818>.
2. Integración social y calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos en tipos de asistencia complementaria diferentes M. Leiß y T. W. Kallert. Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia, Clínica Universitaria Carl Gustav Carus, Universidad Técnica Dresde, Fetscherstraße 74, D-01307 Dresde, Aleman.
<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/europeanpsymarzo/93-104.pdf>.
3. Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica
Rev Psiquiatr Urug 2008;72(2):121-129 Autore George Awad.
4. Esquizofrenia y calidad de vida, un reto pendiente Por CLARA BASSI 10 de agosto de 2008.
<http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2008/08/10/178511.php>
5. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría versión impresa ISSN 0211-5735 Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. v.27 n.2 Madrid 2007.
Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia. Sonia Lafuente Lázaro¹, José Santos Francisco González², Isabel Criado Martín³ y Concha Covarrubias Fernández.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352007000200005&script=sci_arttext
6. Calidad de Vida en pacientes esquizofrénicos tratados en atención primaria de salud Victoria de la Caridad Ribot-Reyes 1 y Teresita del Carmen García-Pérez. Complejo Comunitario Interdisciplinario de Salud (CINSA). La Habana, Cuba. 2 Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán”. La Habana, Cuba.
<http://www.fearp.org/revista/publicados/10/2529.pdf>.

7. Seguimiento de la calidad de vida en los trastornos bipolares y esquizofrénicos
Fuente: A. Jarne y T. Rodríguez (1999).
<http://www.ub.edu/personal/docencia/infocomp/calidadcomp1.htm>.
8. Determinantes de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia crónica.
Autores: A. Herrán D. Sierra-Biddle, M. J. Cuesta, M. Sandoya Hospital Universitario Marqués De Valdecilla. Avenida de Valdecilla s.n. 39008 Santander. España.
http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa4/conferencias/4_ci_e.htm
9. Calidad de vida Subjetiva y síntomas Psicóticos básicos en Paciente con Esquizofrenia en distintos recursos asistenciales en un estudio preliminar José Ignacio Zarrudo y Salvador Herrera Universidad de Sevilla Hospital Penitenciario de Sevilla. http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_67-72.pdf.
10. El otro lado del paciente psiquiátrico. Ahora sí importa la calidad de vida la <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/03/07/neurocienciadossiers/1204914863.html> personas con esquizofrenia.
11. Primera edición, octubre 2008 Título: Calidad de vida y Esquizofrenia: Estudio realizado con la población perteneciente a las Asociaciones de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid © Edita AMAFE. Ruiz Perelló, 7- 28028 Madrid. Teléf. 91 3612768 - Fax 91 3613001. Correo electrónico: centrodedia@amafe.org - www.amafe.org.
12. Esquizofrenia Un Trastornó Piscotico Información para pacientes http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/pacientes/02_que_es.html.
13. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia Cognitive function and quality of life in schizophrenia Alvaro Caviedes.
<http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v43n2/art03.pdf>.
14. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. Alejandra Caqueo Urizar y Serafín Lemos Giráldez.

Universidad de Tarapacá (Chile) y Universidad de Oviedo.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3525>.

15. Proyecto de intervención social mejorando la calidad de vida del esquizofrénico y su grupo familiar, en las comunas de Dalcahue y Achao, durante el año 2005
Autores: Patricia Gutiérrez G. Adriana Gallardo C. Cecilia Westermeyer
Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar 2004.
16. http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/4/Puerto%20Montt%202004/Mejor_calidad_de_vida_paciente_esquizofrenico_.pdf





ANEXO N° 2
ENTREVISTA

ENTREVISTA

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

1. ¿Qué edad tiene usted?
 - a) 14 - 20 años
 - b) 21 - 30 años
 - c) 31 - 40 años
 - d) 41 - 50 años
 - e) 51 a mas

2. Sexo
 - a) Masculino
 - b) Femenino

3. Grado de instrucción
 - a) Analfabetos
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior

4. Lugar de Procedencia
 - a) Arequipa
 - b) Mollendo
 - c) La Unión
 - d) Caraveli
 - e) Castilla
 - f) Caylloma
 - g) Condesuyos
 - h) Camana
 - i) Tacna
 - j) Cusco
 - k) Puno
 - l) Moquegua
 - m) Otros

5. Familiar Responsable (con quien vive)
 - a) Padres
 - b) Padres y hermanos
 - c) Madre
 - d) Padre
 - e) Hermanos
 - f) Esposa
 - g) Tíos
 - h) Otros (Especificar)

6. Tipo de esquizofrenia
 - a) Paranoide
 - b) Catatonico
 - c) Residual
 - d) Hebefrenica
 - e) Simple

7. Tiempo de la enfermedad
- a) Menos de un año
 - b) 1 año a 2 años
 - c) 2 a 3 años
 - d) 5 años a mas
8. ¿Cuál es el ingreso económico de Ud. o su familia?
- a) Básico
 - b) Menos de Básico
 - c) Mas del Básico
9. ¿Desde cuándo usa Neurolépticos usted?
- a) 6 meses
 - b) Más de 1 año
 - c) 5 años a mas
10. ¿Cuál es el Neuroléptico que utiliza usted?
- a) Tioridazina (Melleril)
 - b) Haloperidol (Haldol)
 - c) Clorpromazina (Largactil)
 - d) Trifluoperazina (Stelazine)
 - e) Levomepromazina (Sinogan)
11. Dosis del Neuroléptico
- a) 300 a 600 mg. Melleril
 - b) 10 a 60 mg. Haldol
 - c) 300 a 600 mg. Largactil
 - d) 5 a 30 mg. Stelazine
 - e) 25 a 400 mg. Sinogan
12. Cuáles son los efectos que usted siente al ingerir Neurolépticos
- a) Sequedad de boca
 - b) Nauseas y vómitos
 - c) Su piel cambia de color
 - d) No está menstruando
 - e) Tiene secreción láctea
 - f) Aumento de sudoración
 - g) Estreñimiento
 - h) cansancio
 - i) otros
13. Que efectos extrapiramidales tiene usted
- a) Acaticia
 - b) Disquinesia oral
 - c) Prolusion de lengua
 - d) Temblor fino
 - e) Impregnación
 - f) Rigidez muscular
 - g) Otros

Cuestionario Sevilla de Calidad de vida

Autores J. Giner, E. Ibáñez, E. Baca, J. Bobes, C. Leal, S. Cervera.

Evalúa La calidad de vida subjetiva de los pacientes esquizofrénicos.

Nº de ítems 59.

Administración Autoaplicada.

Descripción: El CSCV es un instrumento diseñado para evaluar calidad de vida del paciente esquizofrénico tal y como éste la percibe. Consta de 59 ítems que se agrupan en 2 escalas:

Aspectos favorables (CSCV-F): formada por 13 ítems que a su vez se agrupan en 3 factores:

- Satisfacción vital (ítems 4, 10, 11, 12, 13)
- Autoestima (ítems 1, 2, 3, 5)
- Armonía (ítems 6, 7, 8, 9).

Corresponde a la sumatoria total de los puntajes obtenidos en 13 ítems. Su rango posible va entre los 13 y los 65 puntos, donde valores bajos indican una menor presencia de aspectos favorables y un puntaje más alto una mayor cantidad de éstos.

Aspectos desfavorables (CSCV-D): formada por 46 ítems que se agrupan en 9 factores:

- Falta de aprehensión cognitiva (ítems 1, 2, 3, 5 y 35).
- Pérdida de energía (ítems 4,9, 10, 18, 21, 26, 32, 34, 37 y 45).
- Falta de control interno (ítems 8, 15-17, 25, 29 y 46).
- Dificultad de expresión emocional (ítems 7, 12, 23, 28 y 40).
- Dificultad de expresión cognitiva (ítems 6, 36, 38, 41, 42, 43, 44).
- Extrañamiento (ítems 11, 19 y 39).
- Miedo a la pérdida del control (ítems 22, 24 y 27).
- Autoestima (ítems 13, 14 y 31).

Corresponde a la sumatoria total de los puntajes obtenidos en 46 ítems. Puede alcanzar un mínimo de 46 y un máximo de 230 puntos; en los que puntajes bajos indican una menor presencia de aspectos desfavorables, y valores más altos, una mayor manifestación de éstos.

Los ítems se puntúan mediante una escala de 5 valores que oscilan entre 1 (completo desacuerdo) y 5 (completo acuerdo). El marco de referencia temporal es el momento actual; es una escala autoaplicada.

Corrección e interpretación

- Proporciona un perfil de calidad de vida, con puntuaciones en los 12 factores y en las 2 escalas.
- La puntuación en las escalas se halla calculando la media aritmética de las puntuaciones en los factores que las conforman.
- Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 1 y 5. No existen puntos de corte.
- En los factores de la escala desfavorable y en ella misma: a mayor puntuación, peor calidad de vida.
- En los factores de la escala favorable y en ella misma: a mayor puntuación, mejor calidad de vida.

CUESTIONARIO DE SEVILLA DE CALIDAD DE VIDA

Conteste del siguiente modo.

Señale con una cruz la posición que más se acerca a su opinión en cada ítem correspondiente.

Si su opinión es de completo acuerdo, responda así:

Completo acuerdo completo desacuerdo t

Si su opinión es de completo desacuerdo, señale el primer recuadro

Completo acuerdo completo desacuerdo

Si no está ni de acuerdo ni tampoco en desacuerdo, señale el Tercer recuadro

Completo acuerdo completo desacuerdo

Si su opinión se inclina hacia el acuerdo, señale el cuarto cuadrado

Completo acuerdo completo desacuerdo

Si su opinión se inclina un poco hacia el desacuerdo, señale el segundo recuadro

Completo acuerdo completo desacuerdo

No olvide contestar todas las preguntas. Conteste simplemente lo que usted piensa, y lo más rápidamente posible. Evalúe cada cuestión por separado y no vuelva atrás. No existen respuestas correctas

ESCALA D

- 1) Tengo dificultad para comprender la TV.
- 2) No me entero de las cosas aunque me interesen
- 3) No comprendo lo que me dice la gente
- 4) Me aburro todo el día
- 5) No puedo aprender nada
- 6) Tengo dificultad para participar en las conversaciones
- 7) Solo hago lo que las demás quieren y no lo que yo quiero
- 8) Me hace sufrir sentir no poder controlar mis impulsos
- 9) No puedo dejar de notar las cosas desagradables
- 10) Los demás me hacen sufrir
- 11) Me hace sufrir sentir mi cuerpo extraño
- 12) Siento miedo constante
- 13) Es insoportable estar quieto
- 14) Me hace sufrir el sentirme raro
- 15) Me da miedo la vida
- 16) Me molesta estar estreñado
- 17) Sufro porque estoy enfermo
- 18) Me siento muy cansado
- 19) Veo las cosas borrosas
- 20) Me doy miedo a mi mismo
- 21) No me acuerdo de las cosas que tengo que hacer
- 22) Los vecinos me molestan
- 23) Todo me angustia
- 24) Me mareo con facilidad
- 25) Me desagrada no poder controlar mis pensamientos
- 26) Estoy triste continuamente
- 27) Me gustaría poder hacer daño
- 28) Me cuesta trabajo dirigirme a los demás
- 29) Me siento cobarde
- 30) No puedo controlarme
- 31) Me siento como un zombie o un robot
- 32) Siente los músculos tensos
- 33) No tengo interés por nada
- 34) El día se me hace muy largo
- 35) Alguien que no se quien si me hace sufrir
- 36) Me paso el día medio dormido y eso me molesta
- 37) Sufro cuando algo dentro de mi me impide hacer lo que quiero
- 38) Tengo dificultad para encontrar las palabras al hablar
- 39) Repetir una cosa muchas veces me alivia
- 40) Si no dejo salir la rabia me siento muy mal
- 41) Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor
- 42) No puedo hacer bien las cosas normales
- 43) No se lo que me pasa y eso me asusta
- 44) Me molesta no tener gracia para contar chistes
- 45) Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer
- 46) Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que no quiero ver

HOJA DE RESPUESTAS ESCALA D

		1	2	3	4	5	
1	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
2	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
3	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
4	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
5	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
6	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
7	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
8	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
9	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
10	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
11	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
12	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
13	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
14	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
15	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
16	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
17	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
18	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
19	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
20	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
21	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
22	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
23	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
24	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
25	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
26	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
27	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
28	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
29	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
30	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
31	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
32	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
33	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
34	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
35	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
36	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
37	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
38	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
39	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
40	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
41	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
42	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
43	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
44	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
45	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
46	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo

ESCALA F

- 1) Consigo lo que quiero
- 2) Los demás aprueban mi forma de ser
- 3) Cuando decido algo, lo realizo
- 4) Estoy contento con lo que hago
- 5) Me gusta como soy
- 6) Tengo aficiones que me divierten y llenan mi tiempo libre
- 7) Me siento a gusto con la gente
- 8) Distribuyo bien mi tiempo
- 9) Me siento a gusto con mis pensamientos
- 10) Yo decido como quiero vivir
- 11) Soy capaz de organizar mi vida diaria
- 12) Estoy satisfecho con la actividad que realizo
- 13) Me satisface la energía que tengo

HOJA DE RESPUESTA ESCALA F

		1	2	3	4	5	
1	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
2	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
3	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
4	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
5	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
6	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
7	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
8	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
9	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
10	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
11	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
12	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo
13	Completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo desacuerdo



ANEXO N° 3
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

Nº	Edad	Sexo	Instrucción	Procedencia	Familiar responsable	Tipo de Esquizofrenia	Tiempo de enfermedad	Ingreso Económico	Desde Cuando	Cuál es el neuroleptico	Dosis de Neuroleptico	Cuales son los	Efectos Extraquirármicos	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D19	D20	D21	D22	D23	D24	D25	D26	D27	D28	D29	D30	D31	D32	D33	D34	D35	D36	D37	D38	D39	D40	D41	D42	D43	D44	D45	D46	F1	F2	F3		
1	42 A MAS	MASCULINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	PADRES	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDED DE BOCA	ACATICIA	1	1	2	1	3	1	1	2	1	3	2	3	1	1	5	1	1	1	1	3	3	5	3	2	5	5	1	3	3	3	3	5	5	2	2	1	1	1	3	2	4	5	1	5	3	4					
2	42 A MAS	MASCULINO	SUPERIOR	AREQUIPA	PADRES Y HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	MEYERIL	300 A 600MG MEYERIL	SEQUEDED DE BOCA	TEMBLOR FINO	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	5	1	1	1	1	3	3	5	5	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	5			
3	42 A MAS	MASCULINO	SECUNDARIA	PUNO	TIOS	PARANOIDE	2 A 3 AÑOS	BASICO	MÁS DE UN AÑO	HALDOL	10 A 60 HALDOL	SEQUEDED DE BOCA	TEMBLOR FINO	1	2	1	1	1	1	5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	2	1	5	1	1	5	4	2						
4	42 A MAS	MASCULINO	SECUNDARIA	PUNO	MADRE	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MENOS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDED DE BOCA	DIAQUINESIA ORAL	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	3	2	2	5	1	1	1	2	5	3	4	4	3	2	3	4	1	2	3	3	3	2	5	4	2	2	1	2	2	3	2	4	4	2	5	4	4				
5	42 A MAS	FEMENINO	SUPERIOR	CUSCO	MADRE	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	25 A 400 MG SINOGAL	NO MENSTRUACION	PROLUSION DE LENGUA	2	1	4	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	4	2	2	2	2	1	3	4	4	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	4	3	4					
6	24 29	MASCULINO	SUPERIOR	AREQUIPA	HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	MEYERIL	300 A 600MG MEYERIL	OTROS	ACATICIA	4	2	2	4	4	5	4	5	2	4	2	4	2	3	4	5	1	4	5	4	1	4	4	2	3	4	5	4	4	4	2	2	4	2	4	3	4	4	1	1	4	2	4	5	1	1	4	1	2		
7	36 41	FEMENINO	SECUNDARIA	CAMANA	MADRE	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	MEYERIL	300 A 600MG MEYERIL	OTROS	IMPREGNACION	2	2	5	5	3	1	3	1	5	2	5	3	5	4	1	1	5	2	5	3	2	2	1	4	1	3	5	3	3	4	4	4	2	5	5	1	5	1	3	2	5	5	5	1	1	4	4	1			
8	30 35	MASCULINO	SECUNDARIA	PUNO	PADRES	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	SEQUEDED DE BOCA	TEMBLOR FINO	2	2	5	5	3	1	1	3	3	2	1	3	2	1	1	1	1	5	5	1	5	3	3	2	4	5	4	3	2	1	1	2	3	4	2	1	1	2	1	3	1	2	1	1	4	5	3	5			
9	42 A MAS	MASCULINO	SUPERIOR	AREQUIPA	ESPOSA	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	SEQUEDED DE BOCA	IMPREGNACION	2	5	2	1	1	3	5	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	3	1	3	1	1	1	5	1	1	3	1	1	1	3	3	1	3	1	2	1	1	5	3	1	5	1	3	3				
10	42 A MAS	MASCULINO	SUPERIOR	AREQUIPA	MADRE	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MENOS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	SEQUEDED DE BOCA	ACATICIA	2	5	2	1	1	3	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	4	3	1	1	1	5	1	1	3	1	1	3	3	1	3	1	2	1	1	5	3	3	5	2	3	4	4	5		
11	42 A MAS	FEMENINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	MADRE	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	MEYERIL	300 A 600MG MEYERIL	SEQUEDED DE BOCA	TEMBLOR FINO	5	1	1	5	5	2	5	3	1	5	1	5	1	1	4	1	1	5	5	1	5	4	5	1	5	5	2	5	1	4	4	5	1	5	5	1	1	1	5	4	4	1	1	5	5	2	2				
12	36 41	FEMENINO	SECUNDARIA	TACNA	TIOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	MEYERIL	300 A 600MG MEYERIL	NO MENSTRUACION	PROLUSION DE LENGUA	5	5	1	1	2	4	1	1	1	1	5	1	3	1	3	3	1	5	1	5	5	1	1	1	1	3	4	4	1	5	2	5	4	4	2	1	3	1	4	4	4	1	1	1	5	5					
13	42 A MAS	FEMENINO	PRIMARIA	AREQUIPA	HERMANOS	HEBEFRÉNICA	5 AÑOS A MÁS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDED DE BOCA	IMPREGNACION	5	2	5	2	1	1	1	3	1	3	1	2	2	2	4	1	1	1	1	4	4	4	1	5	1	1	4	1	4	1	1	5	1	1	1	1	2	5	1	1	1	5	4	5	1	5					
14	42 A MAS	MASCULINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	ESPOSA	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDED DE BOCA	TEMBLOR FINO	1	3	1	1	3	5	4	1	3	5	3	5	3	5	5	1	2	1	5	5	3	5	3	2	1	1	5	5	5	3	2	2	3	1	1	3	2	1	3	4	3	4	3	5	1	3	3				
15	42 A MAS	FEMENINO	SUPERIOR	PUNO	HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	AUMENTO DE SUDORACION	TEMBLOR FINO	4	1	1	2	3	1	3	2	2	5	4	4	2	2	2	1	2	2	5	2	5	5	5	5	4	5	2	2	1	4	5	2	2	4	5	5	5	1	1	4	1	5	3	2	4	1	4	1			
16	42 A MAS	FEMENINO	PRIMARIA	PUNO	PADRES	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	SU PIEL CAMBIA DE COLOR	DIAQUINESIA ORAL	1	1	1	3	2	5	5	2	1	4	4	4	4	4	5	1	1	1	4	4	2	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	1	1	1	2	4	1	2	4	1	1		
17	42 A MAS	FEMENINO	PRIMARIA	CUSCO	HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	AUMENTO DE SUDORACION	IMPREGNACION	2	5	4	5	2	2	4	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	4	1	4	2	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	1	2	1	1	4	2	4	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1		
18	42 A MAS	FEMENINO	PRIMARIA	AREQUIPA	ESPOSA	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MENOS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	SEQUEDED DE BOCA	TEMBLOR FINO	1	1	1	1	2	5	1	5	3	5	4	2	3	5	5	1	1	4	1	1	1	5	4	2	1	5	5	2	5	4	1	1	1	5	5	1	1	5	1	1	5	2	2	5	1	1	1	1			
19	36 41	MASCULINO	PRIMARIA	PUNO	PADRES Y HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	AUMENTO DE SUDORACION	TEMBLOR FINO	5	1	1	4	2	1	1	4	1	1	1	5	2	2	4	1	1	1	5	5	2	3	1	1	2	5	1	1	1	2	2	3	4	1	2	1	1	2	1	1	3	1	2	5	2	2	4	4	1		
20	30 35	MASCULINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	PADRES Y HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDED DE BOCA	IMPREGNACION	5	1	4	1	4	5	4	1	1	2	5	5	1	5	4	1	5	1	3	5	1	5	4	5	5	4	5	5	2	1	2	1	1	1	5	5	1	3	5	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4	5	1

Nº	Edad	Sexo	Instrucción	Procedencia	Familiar responsable	Tipo de Esquizofrenia	Tiempo de enfermedad	Ingreso Económico	Desde Cuando	Cual es el neuroleptico	Dosis de Neuroleptico	Cuales son los efectos Extrapiramidales	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D19	D20	D21	D22	D23	D24	D25	D26	D27	D28	D29	D30	D31	D32	D33	D34	D35	D36	D37	D38	D39	D40	D41	D42	D43	D44	D45	D46	F1	F2	F3		
21	42 A MAS	FEMENINO	SECUNDARIA	OTROS	ESPOSA	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	NO MENSTRUACION	ACATICIA	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	2	5	2	2	1	1	3	2	3	4	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	5	3	5				
22	42 A MAS	FEMENINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	PADRES	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	MENOS DE BASICO	MÁS DE UN AÑO	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDAZ DE BOCA	IMPREGNACION	5	2	1	1	2	4	1	5	4	5	5	2	5	1	4	1	1	2	5	5	4	4	5	1	2	1	4	4	1	2	4	4	1	4	1	4	1	5	4	1	2	4	2	2	5	5	1	5	1	5
23	30 35	MASCULINO	SECUNDARIA	MOLLENDO	PADRES Y HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	SINOGAN	25 A 400 MG SINO GAL	SEQUEDAZ DE BOCA	TEMBLOR FINO	2	1	4	2	1	4	1	2	3	2	1	2	1	3	1	1	1	2	3	4	1	2	2	4	2	3	5	2	3	2	1	1	2	2	2	1	1	4	3	1	2	1	1	2	1	2	5	4	4	
24	42 A MAS	FEMENINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	MENOS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDAZ DE BOCA	TEMBLOR FINO	5	2	5	2	1	1	1	2	5	1	1	1	1	4	1	1	1	1	5	5	5	1	5	1	1	5	1	4	1	1	5	1	1	1	1	1	4	1	5	1	1	1	5	4	5	5	1	5		
25	30 35	MASCULINO	SECUNDARIA	OTROS	PADRES	PARANOIDE		BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	SEQUEDAZ DE BOCA	TEMBLOR FINO	1	1	1	1	4	1	1	1	1	5	1	5	1	1	47	1	1	1	1	1	1	5	3	1	5	5	5	3	5	1	1	1	1	1	5	5	1	3	5	1	1	1	5	1	1	5	1			
26	24 29	MASCULINO	SECUNDARIA	PUNO	HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	OTROS	IMPREGNACION	5	2	1	1	2	4	1	5	4	5	5	2	5	1	4	1	1	2	5	5	4	4	5	1	1	2	4	4	4	1	1	1	3	5	1	2	4	1	1	4	2	4	5	3	1	1	5	1	5	
27	42 A MAS	FEMENINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	MENOS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDAZ DE BOCA	ACATICIA	1	1	1	3	3	5	1	2	1	1	5	2	1	5	1	4	2	1	2	5	5	1	3	5	3	5	1	3	2	3	3	3	4	5	3	3	1	1	3	1	5	1	1	5	3	3				
28	42 A MAS	FEMENINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	PADRES Y HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	MENOS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDAZ DE BOCA	IMPREGNACION	5	4	1	5	5	4	1	1	1	2	1	1	5	1	1	1	5	1	1	2	5	4	4	5	2	1	5	1	1	1	5	5	4	1	5	1	1	1	2	3	5	2	5	5	1	1				
29	42 A MAS	MASCULINO	SUPERIOR	AREQUIPA	HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDAZ DE BOCA	TEMBLOR FINO	1	4	3	5	3	4	3	5	3	2	5	4	1	2	3	4	1	1	2	5	1	3	5	1	4	3	5	5	5	3	3	2	1	3	5	2	1	5	4	5	3	1	1	5	3	3	5	4		
30	18 A 23	MASCULINO	SECUNDARIA	CAMANA	PADRES Y HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	10 A 60 HALDOL	SEQUEDAZ DE BOCA	TEMBLOR FINO	5	3	5	1	3	2	3	2	1	1	3	3	1	1	5	1	1	2	5	5	5	1	3	3	5	1	5	3	2	1	1	2	2	3	5	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	5	5	3	
31	42 A MAS	MASCULINO	SUPERIOR	AREQUIPA	PADRES Y HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	SINOGAN	25 A 400 MG SINO GAL	SEQUEDAZ DE BOCA	IMPREGNACION	4	1	4	2	4	4	2	1	2	4	2	4	2	3	5	1	4	4	4	1	4	2	4	4	4	5	2	4	4	2	2	4	2	4	1	1	2	2	1	3	1	2	4	2	5	4	5			
32	42 A MAS	MASCULINO	SUPERIOR	AREQUIPA	ESPOSA	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	MEYERIL	300 A 600MG MEYERIL	SEQUEDAZ DE BOCA	TEMBLOR FINO	1	5	1	5	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	5	4	1	1	5	1	3	5	1	1	1	1	1	1	1	3	1	5	1	1	1	1	3	5	5	1	2	2	5	5	
33	42 A MAS	MASCULINO	SUPERIOR	AREQUIPA	ESPOSA	PARANOIDE	2 A 3 AÑOS	MAS DE BASICO	MÁS DE UN AÑO	ESTELATINE	25 A 400 MG SINO GAL	OTROS	IMPREGNACION	4	2	2	2	4	4	1	2	2	3	1	4	2	1	4	1	1	2	5	4	2	4	2	5	3	4	5	4	2	2	2	2	3	4	4	2	1	3	2	1	2	2	4	5	1	2	4	4	5	
34	36 41	MASCULINO	SUPERIOR	PUNO	TIOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDAZ DE BOCA	IMPREGNACION	5	5	1	1	2	4	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	5	1	5	5	1	1	1	1	5	5	5	1	5	2	5	4	5	2	1	2	1	1	4	4	1	1	1	5	5			
35	30 35	FEMENINO	SUPERIOR	PUNO	MADRE	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	MENOS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDAZ DE BOCA	IMPREGNACION	1	1	2	2	1	1	2	1	1	3	1	2	1	2	1	1	1	5	5	3	2	5	4	4	1	4	5	1	4	4	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	5	1	5	5	5			
36	24 29	MASCULINO	SECUNDARIA	PUNO	PADRES	PARANOIDE	2 A 3 AÑOS	MAS DE BASICO	MÁS DE UN AÑO	MEYERIL	300 A 600MG MEYERIL	SU PIEL CAMBIA DE COLOR	ACATICIA	2	5	2	2	4	3	1	2	2	4	2	5	2	4	2	1	1	2	5	5	4	4	4	4	5	2	4	5	5	4	2	2	3	4	4	2	2	4	2	1	4	2	2	5	1	4	5	2	4	
37	18 A 23	MASCULINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	MADRE	PARANOIDE		BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	AUMENTO DE SUDORACION	TEMBLOR FINO	5	5	5	1	1	5	1	3	2	5	5	5	1	2	1	1	1	2	5	4	4	5	3	5	4	5	5	4	1	2	2	1	2	5	3	5	5	4	2	1	5	3	2	5	1	1	2	5	4	
38	30 35	MASCULINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	PADRES Y HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	MEYERIL	300 A 600MG MEYERIL	AUMENTO DE SUDORACION	TEMBLOR FINO	5	1	2	1	5	5	1	5	1	5	2	1	3	1	1	1	1	5	5	4	1	1	5	1	1	1	5	4	4	4	4	4	4	5	1	1	5	5	5	1	5	5	1	5	5	1	5	2	1	1
39	18 A 23	MASCULINO	SUPERIOR	PUNO	PADRES Y HERMANOS	PARANOIDE	2 A 3 AÑOS	MENOS DE BASICO	MÁS DE UN AÑO		10 A 60 HALDOL	SEQUEDAZ DE BOCA	TEMBLOR FINO	5	1	1	4	1	1	2	1	1	5	1	2	4	1	1	1	1	1	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	1	5	3	4	1	2	3	4	1	5	4	4	4	4	1	5	1	5	5	2		
40	42 A MAS	MASCULINO	SUPERIOR	AREQUIPA	HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MAS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	AUMENTO DE SUDORACION	TEMBLOR FINO	5	3	2	1	5	5	1	1	5	5	1	1	5	5	1	5	3	1	5	4	1	5	3	1	1	5	5	1	3	3	1	1	1	5	5	5	5	1	1	5	5	1	1	5	1	5	3			

Nº	Edad	Sexo	Instrucción	Procedencia	Familiar responsable	Tipo de Esquizofrenia	Tiempo de enfermedad	Ingreso Económico	Desde Cuando	Cual es el neuroleptico	Dosis de Neuroleptico	Cuales son los	Efectos Extrapiramidales	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D19	D20	D21	D22	D23	D24	D25	D26	D27	D28	D29	D30	D31	D32	D33	D34	D34 1	D34 2	D34 11	D34 2 11	D34 3	D34 12	D34 11 11	D34 11 11	D45	D46	F1	F2	F3			
41	42 A MAS	MASCULINO	SUPERIOR	AREQUIPA	TIOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	AUMENTO DE SUDORACION	IMPREGNACION	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	1	4	1	1	4	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	1	2	3	4	5	3	5	1	5	1	1	4	4	5	5	5	1	1	2		
42	42 A MAS	FEMENINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	TIOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	SEQUEDED DE BOCA	IMPREGNACION	5	4	3	5	4	4	3	3	3	3	1	4	1	1	4	2	2	1	4	4	4	5	5	3	5	5	5	5	4	2	1	3	5	5	3	5	1	2	2	4	4	5	4	4	1	2	1	2		
43	36 41	MASCULINO	SUPERIOR	AREQUIPA	ESPOSA	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO		HALDOL	10 A 60 HALDOL	OTROS	DIAQUINESIA ORAL	4	2	2	3	4	2	4	2	5	4	2	5	1	2	4	5	1	4	5	3	2	4	4	5	4	5	5	4	5	2	2	2	3	2	4	4	1	4	1	1	4	1	1	5	4	1	4			
44	42 A MAS	MASCULINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	PADRES Y HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	SEQUEDED DE BOCA	TEMBLOR FINO	2	1	1	2	3	1	4	1	1	5	1	1	1	1	5	1	1	1	1	2	4	4	4	1	4	5	2	5	1	1	1	4	5	1	5	1	2	5	1	2	5	1	4	2	1	5	14	5	5	1
45	42 A MAS	FEMENINO	PRIMARIA	PUNO	PADRES	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	MEYERIL	300 A 600MG MEYERIL	SEQUEDED DE BOCA	DIAQUINESIA ORAL	1	4	4	2	3	1	4	5	1	1	25	2	1	1	5	1	1	1	1	5	4	5	3	5	4	2	5	1	2	4	1	1	2	4	1	4	5	1	2	1	1	2	2	5	3	5	4	4	3	
46	42 A MAS	FEMENINO	PRIMARIA	PUNO	MADRE	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDED DE BOCA	TEMBLOR FINO	5	4	4	1	1	4	1	2	2	1	4	5	2	1	4	1	1	1	1	5	1	2	3	5	5	1	5	4	4	2	1	1	2	3	2	2	1	1	1	2	1	1	5	2	2	5	4	3		
47	24 29	MASCULINO	SECUNDARIA	CAMANA	PADRES	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MENOS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	HALDOL	10 A 60 HALDOL	OTROS	IMPREGNACION	4	4	2	1	3	4	1	2	2	1	1	5	2	3	4	1	1	1	5	5	1	3	2	5	2	5	4	4	2	1	1	4	3	4	2	1	3	1	1	2	1	4	5	2	2	5	4	4		
48	30 35	MASCULINO	SECUNDARIA	TACNA	PADRES Y HERMANOS	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	MAS DE BASICO	5 A MÁS AÑOS	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	AUMENTO DE SUDORACION	PROLUSION DE LENGUA	2	1	4	2	2	2	1	1	3	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	1	2	4	2	2	1	1	1	3	4	4	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	4	3	4
49	18 A 23	FEMENINO	SECUNDARIA	AREQUIPA	PADRES	PARANOIDE	2 A 3 AÑOS	MAS DE BASICO	MÁS DE UN AÑO	ESTELATINE	5 A 30 MG STELAZINE	SEQUEDED DE BOCA	TEMBLOR FINO	5	5	1	1	2	4	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	5	2	4	4	2	2	1	1	4	4	2	2	5	1	2	4	5	2	2	2	2	4	5	2	2	2	2	2	2	4	5	
50	42 A MAS	MASCULINO	SUPERIOR	PUNO	PADRES	PARANOIDE	5 AÑOS A MÁS	BASICO	5 A MÁS AÑOS	MEYERIL	300 A 600 LARGACTIL	SEQUEDED DE BOCA	IMPREGNACION	2	2	1	5	2	5	1	3	2	5	5	5	1	2	5	1	5	2	5	5	4	5	2	5	2	5	2	5	2	2	2	1	5	5	4	2	5	1	1	5	2	5	5	1	5	5	4	2		