



## ESQUIZOFRENIA. TRATAMIENTO

### EVOLUCION CLINICA DEL CUADRO ESQUIZOFRENICO

El paciente con un cuadro esquizofrenico inicia sus alteraciones hacia el principio o la mitad de la segunda adolescencia o en la primera fase de la edad adulta, solo, excepcionalmente se diagnostica esta enfermedad en la infancia o en la fase de madurez avanzada.

El paciente en la mayoría de las ocasiones suele llegar de urgencia acompañado de su familia, despues de una serie de acciones extrañas, o bien por presentar un lenguaje desconcertante, o quizas por estar en plena fase de una crisis de agitacion o en estado estuporoso.

La enfermedad inicia con sentimiento de malestar, angustia intensa, que aumenta de forma notable a medida que el paciente aprecia su alteracion en la organizacion mental de forma progresiva.

Aparece un sentimiento de miedo intenso a perder el control de su pensamiento y de sus actos.

Lentamente se instaura un aislamiento reactivo a las sensaciones extrañas sobre su cuerpo o su pensamiento que le va inexorablemente llevando a la introversión y al ensimismamiento;

Tales percepciones las interpreta de forma extraña, la ansiedad se va volviendo cada vez mas desestructurante, amenazante, con panico frente al mundo, vivido como hostil, tanto si es interno como si es externo;

Inicia un deterioro progresivo de su cuidado personal, la higiene decrece, desciende su interes hacia las actividades que antes realizaba de forma usual;

Frente a este estado situacional el adolescente ensaya diversas modalidades de solución para vencer su malestar y su miedo invasivo:

- a) **Retraimiento**; Con alejamiento de sus amigos, se aísla en su habitación, se pasea solo con un radiocassette, se irrita facilmente o se evade, si se le agobia o se le pregunta con insistencia.
- b) **Uso abusivo de drogas**; Algunos consiguen sentir gracias al consumo de droga



una calma tranquilizadora, aunque, debemos advertir que debido a ello, todavía se precipita mas rapidamente en el riesgo psicótico.

- c) **Mecanismos compulsivos;** Se sumerge en actividadesde clasificar repetidamente sus cosas personales, planificar repetidamente de forma rigida su tiempo para establecer dedicaciones y actividades, elabora rituales de lavado, de vestirse, de ejercicios fisicos, etc.
- d) **Reaccion mistica;** Lee libros esotericos, se dedica afanosamente a la lectura filosofica, o mistica, profundizando cada vez mas en un pensamiento autistico, y a veces escribe un diario lleno de ideas obtusas, con logica totalmente incoherente.

Ya en el punto de ruptura, en situacion de maxima descompensacion o sobrecarga puede elegir otras soluciones como puede ser:

- a) Un intento de suicidio,
- b) Solicitar asistencia y ayuda a los demas,
- c) Presentar actividades o respuestas agresivas tanto produciendose automutilaciones o autoagresiones como realizando actos de violencia y agitacion hacia los demas.

## **CLINICA NEGATIVA Y CLINICA POSITIVA**

A partir del 1982 se distingue la existencia de dos tipos de sintomas en la esquizofrenia, cuyo interes se centra en su relevancia hacia la evaluacion pronostica del caso y a la mayor o menor resistencia a la recuperacion frente al tratamiento.

### **a) Clinica positiva**

De hecho constituyen aquellos sintomas de tipo productivo que caracterizan el cuadro en su fase aguda, y que se reconocen como sintomas de la descompensacion psicótica: Sintomatología delirante y alucinatoria. Se cree que dependen de un trastorno en la trasmision dopaminergica.

### **b) Clinica negativa**



Son mas dificiles de identificar puesto que caracterizan por la ausencia de comportamiento normal, persisten despues de la desaparicion de los sintomas positivos, son pues sintomas residuales, deficitarios y permanentes. Presagian un mal pronostico y una evolucion morbida. Se consideran relacionados a las alteraciones ventriculares y a la atrofia cerebral acompañante (TAC, RM)

a) Afectividad aplanada:

- 1) Fijeza, inexpresividad facial
- 2) Disminucion de los movimientos espontaneos del cuerpo.
- 3) Escasez de gestos expresivos.
- 4) Pobreza en el contacto visual, mirada apagada.
- 5) Falta de tono vocal en el lenguaje, discurso monotono

b) Dislogia/Alogia:

- 1) Pobreza verbal. En el discurso, respuestas evasivas y breves.
- 2) Contenido pobre del discurso.
- 3) Bloqueos e interrupciones en el discurso.
- 4) Aumento del tiempo de respuesta a una pregunta cualquiera.

c) Apatia y falta de voluntad:

- 1) Falta de energia para iniciar o seguir realizando cualquier tarea.
- 2) Falta de persistencia en el trabajo o en los estudios, dando la impresion de ser negligente.
- 3) Descuido en el cuidado personal y en la higiene
- 4) Falta de actividad fisica, pasa la mayor parte del tiempo sentado en una silla o no haciendo nada

d) Anhedonia y asociabilidad

- 1) Ausencia de interes para participar en actividades agradables.
- 2) Disminucion en la calidad y cantidad de las actividades de ocio.
- 3) Disminucion en el interes por las actividades sexuales.
- 4) Incapacidad de establecer relaciones intimas con los demas.
- 5) Con los amigos y compañeros empobrecimiento progresivo relacional.

e) Deficit de atencion

- 1) Falta de respuesta a los estímulos sociales, mira hacia otra parte cuando se le habla,



o rehusa establecer un dialogo o charla.

2) Falta de atencion frente a los tests neuropsicologicos que exigen cierta atencion.

En el apartado anterior ya nos hemos referido extensamente a las formas clinicas de acuerdo a los criterios DSM-III-R y a los CIE-10 o ICD-10

### **Diagnostico Diferencial**

A modo de recuerdo de puntos elementales, clinicamente para considerar que un cuadro clinico corresponde a una esquizofrenia se precisa que se cumplan unos requisitos determinados minimos

Es necesario que se haya presentado un sindrome clinico de seis meses de duracion como minimo, antes de la situacion especifica que desencadena el inicio de la atencion del paciente como esquizofrenico.

Por otra parte, tambien es necesario que no se haya recuperado el nivel de capacidades existentes en la fase premorbida, desde un punto de vista de capacidad de adaptacion y de relacion social;

Siempre considerando que debe haber una ausencia de sintomas de tipo depresivo o maniaco, que hicieran sospechar un trastorno afectivo de tipo endogeno o reactivo.

El paciente debe presentar dentro del cuadro clinico, delirios, o alucinaciones que no esten asociados a sensacion de perplejidad o desorientacion; o bien una verborrea, de gran productividad que dificulta la comunicacion puesto que carece de estructura logica o bien presenta lagunas severas conceptuales manifiestas en cuanto intenta explicarse.

En caso de mutismo la decision diagnostica es mas delicada, y puede ser de interes, diferir el diagnostico.

<p style="text-align: center;"><b>ESQUIZOFRENIA CLINICA FUNDAMENTAL</b></p>
<p>A) Sintomas primarios: a) Alteracion afectiva, incongruente b) Ambivalencia emocional c) Asociacion ideativa alterada     1) Disociacion     2) Tangencialidad     3) Ausencia de logica</p>



- 4) Neologismos
- 5) Incoherencia
- d) Autismo, ensimismamiento.
- B) Sintomas secundarios:
  - a) Alucinaciones en general auditivas
  - b) Delirios

Si la duracion del trastorno es menor de seis meses y mayor de dos semanas debe considerarse que estamos frente a un cuadro de **trastorno esquizofreniforme**

La **psicosis reactiva breve** caracteriza y se diferencia, porque la sintomatologia, aparece inmediatamente despues de una situacion psicosocial estresante, suficientemente importante como para producir sintomatologia reactiva de cualquier tipo, en cualquiera.

Por otra parte su duracion puede oscilar entre algunas horas y menos de dos semanas.

### **ESQUIZOFRENIA ESTUDIO DE INCIDENCIA SINTOMATICA**

- a) Falta de "insight" y empatia 97 %
- b) Presencia de alucinaciones auditivas 74 %
- c) Oyen voces 70 %
- d) Presentan ideas referenciales 70 %
- e) Delirio de referencia 67 %
- f) Actitud de desconfianza 66 %
- g) Afectividad baja, aplanada 66 %
- h) Oyen voces que les hablan 64 %
- i) Afectividad inadecuada 64 %
- j) Delirio de persecucion 64 %
- k) Imprecision de pensamiento 64 %
- l) Descripciones obtusas 64 %
- m) Pensamiento autistico 52 %
- n) Pensamiento en eco 50 %
- o) Sensacion delirante de control 48 %
- p) Oyen voces con frases completas 44 %
- q) Presentan una socializacion escasa 43 %



No se aprecia un periodo previo de progresion de la sintomatologia, ni tampoco existen otros signos previos a la situacion desencadenante de caracter estresante.

La recuperacion es total o practicamente total.

La esquizofrenia tambien, debe diferenciarse de la **psicosis maniacodepresiva**, de la **intoxicacion por abuso de drogas** o del **sindrome de abstinencia de drogas** y de un **trastorno organico de tipo neuropatologico** a traves de los siguientes rasgos diferenciales

a) El **trastorno maniaco-depresivo**, cursa con euforia, excitacion inestabilidad, hiperactividad y emision de un lenguaje rapido, asociado a distractibilidad que se distingue facilmente de un cuadro de esquizofrenia.

De todas formas debemos señalar que la excitacion maniaca a veces cursa con irritabilidad, excitacion y sentimientos de grandiosidad (ideacion megalomaniaca) y de poder que recuerdan los rasgos de caracter delirante, que obligan por tanto a una valoracion ajustada de las características del pensamiento del paciente.

Una cuarta parte de los pacientes afectos de excitacion maniaca cursan con alucinaciones y/o delirios, por lo que la confusion es mas posible de lo que parece con la esquizofrenia.

Cuanto mas se tiene en cuenta para el diagnostico de esquizofrenia la necesidad de la presencia de los sintomas del grupo sindromico, consistentes en:

- a) La alteracion y perdida de la capacidad asociativa,
- b) Embotamiento o aplanamiento afectivo,
- c) Actitudes ambivalentes,
- d) Presencia de autismo con inhibicion,
- e) Aislamiento y ensimismamiento

mas facilmente nos podemos equivocar frente a un adolescente afecto de un cuadro maniaco, puesto que frecuentemente el adolescente maniaco se manifiesta mas por irritabilidad que no por euforia (las diferencias culturales pueden tambien facilitar este tipo de confusion)



**ESQUIZOFRENIA  
PERSONALIDAD PREMORBIDA DEL ADOLESCENTE**

- a) No tiene amigos de su edad
- b) Nunca dirige al grupo, espera siempre a los demas
- c) No presenta relacion afectiva con el otro sexo
- d) No tiene citas con amigos/as
- e) No tiene interes por las actividades sexuales
- f) No esta interesado en actividades extra-familiares
- g) No pertenece a ninguna organizacion, grupo, o actividad organizada
- h) Suele presentar reacciones excesivas frente a situaciones dadas

La **intoxicacion por abuso de droga**, se puede confundir en algunos casos con un cuadro esquizofrenico.

El LSD, las drogas con actividad anticolenergica, la fenilciclidina, pueden provocar un cuadro psicotico que cursa generalmente con alucinaciones visuales y desorientacion severa y alteracion de la capacidad de memoria inmediata; sintomas que raramente se aprecian en un cuadro esquizofrenico.

La Fenilciclidina y las sustancias anticolinergicas, a menudo dan lugar a alucinaciones tactiles (hormigueo) y no debe olvidarse que la fenilciclidina se acompaña casi siempre de sintomatologia neurologica, tal como, nistagmus vertical y ptosis palpebral.

La sintomatologia por **abstinencia de abuso de drogas** fundamentalmente de las sustancias hipnoticas o alcohol a veces se acompaña de alucinaciones auditivas, con un estado del sensorio totalmente normal, pero en estos casos se puede apreciar la presencia de la sintomatologia clinica propia a la situacion del sindrome de abstinencia correspondiente, en funcion de la sustancia especifica, tales como hipertermia, temblor, que nunca se encuentran en un cuadro de esquizofrenia.

La **sintomatologia psicotica** puede aparecer en ocasiones producida por un **trauma fisico, tumor, enfermedades vasculares degenerativas**, y de forma mas especifica por **crisis comiciales del lobulo temporal**.

Excepto cuando la causa de la aparicion del sindrome psicotico es la epilepsia en



las otras afecciones que pueden producirlo suele existir un deficit de memoria, un estado de confusion, con niveles de fluctuacion de consciencia, que se diferencia claramente del cuadro esquizofrenico habitual.

La presencia de otros signos neurologicos como temblor, mioquinesias, mioclonias, todavia, dirige mas el diagnostico hacia la causa organica.

En la fase de estado la diferenciacion de la epilepsia puede ser dificil, puesto que es dificil obtener los datos anamnesicos, reveladores de la existencia de historia de crisis comiciales, en los antecedentes personales del paciente, y a veces no hay signos clinicos acompañantes de crisis comicial.

Practicar un registro EEG es de enorme interes puesto que puede revelar el diagnostico, objetivandolo claramente, pero tambien debe señalarse que puede ser normal a pesar de que la causa sea la epilepsia temporal, por ello el EEG normal no excluye siempre la epilepsia temporal.

## **PRONOSTICO - EVOLUCION**

El periodo de estado de esta enfermedad se produce a la edad aproximada de los veinte años en la mayoría de los casos, pero es muy frecuente que en el periodo entre los 14-25 años se inicien dos formas clinicas de aparicion de sintomas con inicio agudo o bien insidioso

### **ESQUIZOFRENIA: VARIABLES EVOLUTIVAS**

<b>INICIO</b>	<b>TIPO DE EVOLUCION</b>	<b>ESTADO TERMINAL</b>
<b>AGUDO</b>	<b>OSCILANTE</b>	<b>CURACION O BENIGNO</b>
<b>INSIDIOSO</b>	<b>ESTABLE</b>	<b>MEDIOCRE O ALTERADO</b>
<b>&lt; 20 años</b>	<b>20 - 40 años</b>	<b>&gt; 40 años</b>

Que de alguna manera marca la futura evolucion del cuadro clinico que caracterizara por recaidas intermitentes con deficit mayor o menor entre cada recaida (en el caso del inicio agudo), o bien por presentar una agravacion constante sin recuperacion entre los brotes (en el caso del inicio insidioso). Hacia los 40 años se estabiliza la enfermedad con las secuelas sociales secundarias que ya se hayan



producido

El tratamiento actual de la esquizofrenia permite una evolucion mucho mejor que la que fue hasta hace unas pocas decadas, gracias al abordaje terapeutico tanto con psicofarmacos como por el tratamiento psicosocial que se puede practicar cuando se dispone de los medios adecuados.

La evolucion de la esquizofrenia hoy dia puede ser aproximadamente como sigue:

- 1) 20 - 25 % presentaran a corto plazo una evolucion favorable
  - a) Unos por remision espontanea
  - b) Otros porque despues de una hospitalizacion se producira una "restitutio ad integrum" del proceso
  - c) Y los ultimos por conseguir una adaptacion social suficientemente satisfactoria sin necesidad de ningun tratamiento de sosten
- 2) 50 - 60 % de los pacientes gracias a la medicacion neuroleptica continua, no presentaran practicamente sintomatologia alguna, con desaparicion total de la sintomatologia aguda, y llevaran una vida estabilizada fuera del medio hospitalario.

Con las tecnicas psicoeducativas, para conseguir el re-aprendizaje de habilidades sociales, junto a tecnicas de soporte familiar se consigue evitar la hospitalizacion en la mayoria de los casos.

## **TRATAMIENTO EN FASE AGUDA**

La mayoria de los adolescentes cuando presentan por primera vez una reaccion aguda esquizofrenica, se manejan mejor en un medio hospitalario que no ambulatoriamente, puesto que la ayuda que puede proporcionar la existencia de una unidad de psiquiatria o de un servicio de psiquiatria es mas constante y actua de forma mas inmediata de acuerdo a la necesidad que aparece en cada momento del curso evolutivo

El paciente puede tratarse ambulatoriamente si reune las siguientes condiciones de seguridad para realizar el abordaje terapeutico:

- a) El entorno ambiental, incluyendo la familia y la escuela deben tener una correcta capacidad de apoyo
- b) El medico que le asistira puede tener una relacion de familiaridad con el y puede



facilmente contener la relacion intrafamiliar e interfamiliar, al tiempo que prescribir y controlar la medicacion

c) El paciente no presenta ni expresa ideas homicidas ni suicidas de ningun tipo

No existe hoy en dia ningun metodo eficaz de prevenir ni de detectar precozmente un primer brote o fase aguda de esquizofrenia, asi, en la mayoría de los casos la atencion, se inicia en urgencias de un centro asistencial o en un centro hospitalario, en el que ingresa por presentar un acto de agresion, o un gesto de suicidio, o un cuadro de angustia extrema, o quizas un estado regresivo intenso acompañado de comportamiento extraño.

**El tratamiento en fase aguda corresponde al cuadro clinico de la agitacion psicomotora** el cual habra que diferenciar de los trastornos de ansiedad y trastornos de conducta.

**La agitacion psicomotora consiste en:**

- a) Actividad motora excesiva, asociada a sentimientos de tensión interior,
- b) La actividad suele ser improductiva y repetitiva.
- c) Cuando la agitación es intensa puede ir acompañada de gritos o quejas aparatosas.

El término - en sentido estricto - solo se usa en los estados de tensión o inquietud que se acompañen de una actividad motora excesiva y observable (incapacidad para estar sentado, retorciendo las manos y quitandose/poniendose la ropa)

<b>AGITACION PSICOMOTORA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Actividad motora con sentimientos de tensión</li> <li>b) La actividad es improductiva y repetitiva.</li> <li>c) Si es intensa se acompaña de gritos o quejas</li> </ul>

Frente a la agitación puede hacerse una diferenciación general esquemática entre :

<b>AGITACION</b>	<b>Diagnostico Diferencial</b>
------------------	--------------------------------



<b>PSICOMOTORA</b>	
<b>Trastorno de ansiedad</b>	<b>Trastorno psicótico</b>
1) El paciente establece contacto con el médico, 2) Contacta con la realidad (No actividad delirante ni alucinatória). 3) Mejora con el abordaje verbal.	1) No contacto con la realidad 2) Contenido del pensamiento alterado, y/o senso-percepción. 3) No mejora con el abordaje verbal.

a) Trastorno de ansiedad: (clásicamente: trastorno neurótico):

- 1) El paciente establece contacto con el médico,
- 2) Contacta con la realidad (No actividad delirante ni alucinatória).
- 3) Mejora con el abordaje verbal.

b) Trastorno psicótico:

- 1) No contacto con la realidad
- 2) Contenido del pensamiento alterado, y/o sensopercepción.
- 3) No mejora con el abordaje verbal.

**Pautas terapéuticas:**

Siempre medidas médicas habituales como:

- a) Vigilancia
- b) Control de constantes

En ocasiones pautas médicas inhabituales como:

- a) Contención mecánica
- b) Aislamiento



<b>PAUTAS TERAPEUTICAS I</b>	
<b>Medicas Habituales</b>	<b>Medicas Inhabituales</b>
a) Vigilancia b) Control constantes	a) Contención mecánica b) Aislamiento

A) Si el **trastorno psicótico** es de causa **toxica** (Cocaina,LSD)

- 1) Etumina (R) 40 mg : comp: 1 comp/ 6-8h. -clotiapina-  
ó
- 2) Sinogan (R) 25 mg amp: 1amp im/6h -levomepromazina-

B) Si el **trastorno psicótico** es de causa **no toxica**:

- 1) Haloperidol(R) amp 5mg : 1-1/2 amp im/6-8 h -haloperidol-  
ò
- 2) Haloperidol (R) 1 amp + Sinogan (R) 1 amp/8h im  
ó
- 3) Largactil (R) amp 25 mg. + Sinogan (R) 25 mg/8h.im

**Si presenta Síndrome extrapiramidal añadir Akineton (R) amp**  
1 amp IV al acto y continuar IM 1/12-8h

Gracias al tratamiento neuroleptico, iniciado hace unas cuatro décadas, la evolución de los síntomas positivo-productivos de la esquizofrenia ha mejorado notablemente.

De tal forma, que en la actualidad la fase aguda es muy abreviada, y el delirio, las alucinaciones, la incoherencia de pensamiento, desaparecen rápidamente con los neurolepticos.

Todos los neurolepticos a dosis mas o menos equivalente producen el mismo beneficio sobre la sintomatología productiva de la esquizofrenia; lo que los diferencia, son los efectos secundarios que producen.

<b>PAUTAS TERAPEUTICAS II</b>	
-----------------------------------	--



<b>Alt. psicotica toxica</b>	<b>Alt. psicotica no toxica</b>
1) Etumina 40 mg: comp: 1 comp/6-8h. 2) Sinogan 25 mg: amp: 1 amp im/6h	1) Haloperidol(R) amp 5mg: 1-1/2 amp im/6-8 h 2) Haloperidol (R) 1 amp. + Sinogan (R) 1 amp/8h im 3) Largactil (R) amp 25 mg. + Sinogan (R) 25 mg/8h.im

Actualmente se tiende a usar un solo neuroleptico y no como antes que se utilizaban diversos combinados en distintas cantidades.

De preferencia un derivado fenotiazinico, o un derivado de las butirofenonas, o bien una tioxantina

## **TRATAMIENTO DE SEGUIMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA**

El tratamiento del paciente esquizofrénico puede requerir su ingreso, como ya hemos expuesto, o bien tambien, si:

- a) Con un tratamiento ambulatorio (régimen de tratamiento de primera intención) sin respuesta terapéutica eficaz.
- b) O por ser inviable la atención en dispensario (p.e. por incapacidad de contención de familia).

El tratamiento de la Esquizofrenia incluye el tratamiento psicofarmacológico y los tratamientos psicosociales.

### **I) TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO**

La medicación antipsicótica (neurolepticos) mejora, cuando no suprime los signos y síntomas de la esquizofrenia.

Se considera que los efectos terapéuticos de los antipsicóticos están basados en el bloqueo de los receptores dopaminérgicos postsinápticos (D2).

Una sobredosificación provocaría una hipoactividad dopaminérgica central y estaría



relacionada con los efectos secundarios extrapiramidales.

Por ello es importante la dosificación individualizada, pudiéndose describir la estrategia terapéutica como la búsqueda del equilibrio neuronal dopaminérgico de cada paciente.

Como ya hemos ido señalando no debe olvidarse que hay siete grupos de síntomas, característicos de la esquizofrenia, candidatos de tratamiento:

- a) Trastornos del pensamiento
- b) Catatonía
- c) Alucinaciones
- d) Ideas delirantes paranoides
- e) Otras ideas delirantes no paranoides
- f) Trastornos de la conducta social
- g) Afectividad aplanada o inapropiada

### ELECCIÓN DEL ANTIPSICÓTICO:

Son muchos los existentes siendo aconsejable familiarizarse con dos o tres.

En pacientes **agitados**, o con alto nivel de **ansiedad**, el fármaco de elección es una fenotiacina sedante (clorpromacina, levopromacina, tioridacina).

En cambio cuando hay un trastorno del pensamiento **primario** o en pacientes **retraídos** lo indicado son los neurolépticos piperacínicos (trifluoroperacina, perfenacina) o butirofenona (haloperidol).

Los antecedentes de buena respuesta farmacológica previa, personal o familiar (de primer grado), constituye un indicador válido para la elección de fármaco para aplicar el mismo neuroléptico.

También en sentido inverso: una historia previa, personal o familiar, de intolerancia a un antipsicótico, aconseja evitar su administración.

### Via de administración:



A) Vía intramuscular, se aconseja:

- a) En esquizofrénicos agitados (para obtener una sedación rápida)
- b) Cuando rechazan la vía oral
- c) En bajo cumplimiento terapéutico
- d) Cuando no presentan mejoría clínica vía oral, tras un período razonable de tratamiento, a dosis adecuadas.

B) Vía oral, es más cómoda, se aconseja:

- a) En caso de posible buen cumplimiento terapéutico
- b) En el tratamiento de mantenimiento

Tiene la desventaja de una menor biodisponibilidad del fármaco (las preparaciones líquidas son de toma más fácil y mejor absorción).

### **DOSIFICACIÓN:**

Existe una relación de potencia antipsicótica de diferentes fármacos tomando como modelo la clorpromacina a la que adjudicaremos un valor arbitrario 100.

Entendiendo por potencia la intensidad de acción farmacológica por mgr de sustancia.

Así los antipsicóticos de baja potencia precisan ser administrados a altas dosis para conseguir el efecto terapéutico buscado.

Por contra, los de alta potencia requieren dosis inferiores.

### **TABLA DE EQUIVALENCIAS**

	Dosis	Mgr Sust. /
--	-------	-------------



	Equivalentes	Mgr Clorprom.
Clorpromacina	100	1/1
Levomepronacina	100	1/1
Tioridacina	100	1/1
Perfenacina	10	1/10
Trifluoperacina	5	1/20
Haloperidol	2	1/50

Así, una vez hallada la equivalencia, son tan eficaces 2 mg de haloperidol como 100 mg de clorpromacina.

### DOSIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN

<b>Antipsicóticos Baja potencia</b>	<b>Antipsicóticos Alta potencia</b>	<b>Cambios de Dosificación</b>
a) Más sedativo b) Menos efect. extrapiramidales	a) Menos sedativo b) Más efect. extrapiramidales:	a) Ajuste individual b) Según estado clínico y tiempo suficiente
Dosis:mg/kg/día Clorpromacina (Largactil) 3 - 8 Tioridacina (Meleril) 3 - 8 Levopromacina (Sinogan) 3 - 8	Dosis: mg/kg/día Haloperidol (Haloperidol) 0,1 - 0,5 Perfenacina (Decentán) 0,1 - 0,5	a) 3-5 días en casos agudos b) 2-3 semanas en casos subagudos c) 1-3 meses en casos crónicos

### Dosificación de orientación:



a) Antipsicòtics de baixa potencia, més sedatiu, menys efectes neurològics extrapiramidals:

Dosis: mg/kg/dia

Clorpromacina (Largactil-R-) 3 - 8

Tioridacina (Meleril -R-) 3 - 8

Levopromacina (Sinogan -R-) 3 - 8

b) Antipsicòtics de alta potencia, menys sedatiu, més efectes neurològics extrapiramidals:

Dosis: mg/kg/dia

Haloperidol (Haloperidol -R-) 0,1 - 0,5

Perfenacina (Decentán -R-) 0,1 - 0,5

c) Canvis de dosificació:

La dosificació sempre se ha de ajustar individualment, segons l'estat clínic i després d'un temps suficient per valorar l'efecte terapèutic:

a) 3-5 dies en casos aguts

b) 2-3 setmanes en casos subaguts

c) 1-3 mesos en casos crònics

Los incrementos (en mg/dia) en dosis divididas, se ajustarán a los momentos en que más lo necesite el paciente.

### **Fases del tratamiento:**

A) Fase aguda :

1) Si es necesario utilizar la vía intramuscular: Habitualmente son 2-3 días ó 4; luego pasar a la vía oral a la misma dosificación.

2) No es aconsejable las dosis bajas (prolongan la enfermedad o pueden producir estados refractarios)

No es aconsejable la megadosis.

Debe de continuarse el tratamiento hasta que los síntomas:

a) Esten bajo control.

b) Se hayan atenuado.

c) Hayan desaparecido.



## B) Fase de mantenimiento :

Se disminuye la dosis hasta un nivel adecuado para mantener la remisión del cuadro general. Por lo general corresponde a la mitad de la dosis administrada en la fase aguda.

El tratamiento de mantenimiento supone una reducción del porcentaje de recaídas.

Precisa una buena relación médico-enfermo.

Puede recurrirse a los antipsicóticos de acción prolongada (retard o depot) que, administrados via intramuscular, facilitan el cumplimiento terapéutico.

Antipsicóticos como:

### 1) Enantato de flufenacina (Eutimox -R- 25mg):

(Dosis orientativa: 12,5-25 mg/2sem.)

(Dosis equivalente:

- a) 9,15 mg/15d. equivale a 100 mg/d. de clorpromacina.
- b) 18,3 mg/15d. equivale a 200 mg/d. de clorpromacina.
- c) 27,45mg/15d. equivale a 300 mg/d. de clorpromacina.
- d) 36,6 mg/15d. equivale a 400 mg/d. de clorpromacina.
- e) 45,75mg/15d. equivale a 500 mg/d. de clorpromacina.)

### 2) Decanoato de flufenacina (Modecate -R- 25mg):

(Dosis orientativa: 12,5-25 mg/2sem.)

(Dosis equivalente:

- a) 10,05mg/15d. equivale a 100 mg/d. de clorpromacina.
- b) 20,1 mg/15d. equivale a 200 mg/d. de clorpromacina.
- c) 30,1 mg/15d. equivale a 300 mg/d. de clorpromacina.
- d) 40,2 mg/15d. equivale a 400 mg/d. de clorpromacina.
- e) 50,25mg/15d. equivale a 500 mg/d. de clorpromacina.

### 3) Ester palmítico de pipotiaccina (Lonseren -R- 100mg):

(Dosis orientativa: 50-100 mg/mes)

La duración del tratamiento de mantenimiento constituye un tema controvertido, quedando siempre en función siempre de la situación clínica concreta del caso.



## **Efectos secundarios**

Son diversos los efectos secundarios posibles, siendo los más frecuentes los trastornos extrapiramidales:

- a) Disonías agudas.
- b) Acatisia.
- c) Parkinsonismo.
- d) Discinesia tardía.

### **a) Disonías agudas:**

Se presentan en un 5% de los pacientes tratados con neurolépticos, y con más frecuencia en niños y adolescentes.

No dependen de la dosificación y son de presentación precoz (en las primeras 48 h. del inicio del tratamiento).

Consisten en contracciones musculares sostenidas que producen posturas anómalas (como crisis oculogiras, tortícolis, u opistótonos).

Tratamiento:

Los antiparkinsonianos, via i.m ó e.v., resuelven la clínica entre 5 y 10 minutos.  
(5mg de Biperideno: Akinetón -R-).

### **b) Acatisia:**

Se presenta en un 20% de los pacientes, al cabo de unos días de tratamiento.

Consiste en la incapacidad de permanecer quieto, con una sensación subjetiva continua de intranquilidad interna.

Es importante el diagnóstico diferencial con la ansiedad ya que el joven afecto de esquizofrenia puede presentar frente al incremento de dosis, una exacerbación de la acatisia.

Tratamiento:

- 1) Reducción de la dosificación del antipsicótico,
- 2) Cambio a un neuroléptico de otro grupo farmacológico,



3) Puede ser útil asociar una benzodiacepina (tipo diazepam).

### c) **Parkinsonismo:**

Es frecuente la presentación de temblor fino distal en los pacientes en tratamiento neuroléptico que, en un 10% de los casos la clínica llegara a revestirse como una clínica parkinsoniana intensa, presentando: bradiquinesia, rigidez, facies amímica, hipersialorrea y marcha a pequeños pasos sin movimiento asociado de brazos.

Tratamiento:

- 1) Antiparkinsonianos anticolinérgicos, como:
  - . Biperideno (Akinetón -R-) 4 - 8 mg/d.
  - . Trihexifenidilo (Artane -R-) 4 - 20 mg/d.

### d) **Discinesias tardias:**

Se relacionan con el empleo de dosis altas, administradas durante largo tiempo, más frecuentes en mujeres y ancianos (mayores de 50 a.).

Se caracteriza por movimientos anormales de los músculos faciales, bucales y masticatorios con protusión u movimientos de torsión de la lengua.

### **Otros efectos secundarios:**

#### a) **Síndrome neuroléptico maligno:**

- 1) Complicación rara
- 2) Puede llegar a ser mortal, caracteriza por:
  - Rigidez muscular,
  - Hipertermia,
  - Alteración de la conciencia,
  - Agitación
  - Disfunción autonómica.

Tratamiento con:

Agonistas dopaminérgicos (bromocriptina) y dantroleno.



b) **Efectos cardiovasculares**, como:

- 1) Hipotensión
- 2) Taquicardia.

c) **Efectos en aparato digestivo**, como:

- 1) Sequedad de boca
- 2) Constipación
- 3) Ictericia

d) **Efectos dermatológicos**, como:

- 1) Dermatitis de contacto.

e) **Efectos endocrinológicos**, como:

- 1) Galactorrea.
- 2) Amenorrea.

Estos son algunos de los posibles efectos secundarios que pueden plantear los antipsicóticos.

## II) TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES :

A lo largo del primer año de tratamiento, la terapeutica biologica con neurolepticos constituye la ayuda mas eficaz, para proteger al paciente esquizofrenico de una rehospitalizacion, a partir del segundo año de evolucion se puede apreciar la eficacia de la psicoterapia de apoyo, si se adscribe al tratamiento neuroleptico previamente instaurado.

El primer aspecto asistencial con valor psicoterapeutico, a atender, tanto para la familia, como para el paciente, es la informacion detallada de la enfermedad y de lo que esta comporta.

Esta actitud facilita que el paciente se responsabilice en lo posible de su propia enfermedad.

En la actualidad es totalmente evidente que es ineficaz la practica de una psicoterapia de estilo transferencial con este tipo de pacientes, y que tan solo una combinatoria de metodos psicoterapeuticos permite un abordaje con posibilidades de optimizacion de resultados con ellos.



Un estudio comparativo establecio la diferencia de resultados con la aplicacion de tecnicas de base interpretativo/transferencial y las tecnicas de apoyo, y de actividad psicoterapeutica dirigida a la adaptacion a la realidad.

Resultado como conclusion que los pacientes con psicoterapia de apoyo pasan mas tiempo en un trabajo, con un indice de fatigabilidad menor, que aquellos sometidos a cura de estilo psicoanalitico, (media de apoyo 213, contra media de psicoanalitica 77).

Los segundos (psicoanaliticos) permanecen mas tiempo ingresados que los primeros (de apoyo), que a la vez tambien son menos dependientes de su familia, al tiempo que participan y ayudan mas en las tareas familiares del hogar.

El retraimiento y la apatia disminuyen en la misma intensidad y frecuencia en ambos tipos de pacientes sea cual sea la modalidad psicoterapeutica a la que esten sometidos.

La psicoterapia de apoyo mejora claramente en el paciente:

- a) Su estado de regresion adaptativa,
- b) La sintomatologia ansioso/depresiva
- c) La apatia y el enlentecimiento global
- d) La disfuncion social
- e) El consumo de medicacion antipsicotica
- f) Disminuye el cambio de empleo
- g) Aumenta la capacidad laboral
- h) Disminuye los dias de hospitalizacion
- i) Disminuye el pensamiento magico

No consigue mejorar en estos pacientes:

- a) La desorganizacion conceptual
- b) La debilidad del yo
- c) La actitud de tipo optimista/pesimista
- d) La productividad verbal



- e) La hostilidad
- f) Los trastornos del comportamiento
- g) La rehospitalización
- h) Las relaciones afectivas significativas

Las técnicas psicoterapéuticas a utilizar según el momento evolutivo y las características clínicas podrían ser:

**a) Terapia grupal:**

- 1) Disminuye su aislamiento social y mejora la conciencia de realidad.
- 2) Se centra en el apoyo y la adquisición de habilidades sociales.

**b) Terapia familiar:**

- 1) Apoyo que reduce las recaídas.
- 2) Son especialmente útiles los grupos multifamiliares en los que discuten y comparten problemas.

**c) Psicoterapia individual:**

- 1) De apoyo, no está indicada la introspectiva.

**III) TERAPEUTICA PSICOEDUCATIVA (ASPECTO SOCIAL)**

Si bien en la actualidad, nadie sostendría el origen familiar de la esquizofrenia si que casi todos los autores defenderían la responsabilidad inevitable de la familia en las recaídas.

Cuando la familia está bien informada y apoyada, puede prevenir las recaídas fácilmente.

Los dos factores de predicción de las recaídas se basan en los parámetros de:

- a) Medicación con neurolepticos
- b) La expresividad emotiva intensa en el espacio interior de la familia.



Con esta finalidad se orienta un tratamiento formativo a través de :

- 1) Encuentros con la familia
- 2) Encuentros entre parientes del paciente y profesionales
- 3) Establecer dramatizaciones, para facilitar la comprensión de funciones (juegos de función o rol)
- 4) Grupos de apoyo interfamiliares

Con la familias se establecen diversas modalidades de encuentros para conseguir diversos objetivos:

- a) Informar y exponer los aspectos mas novedosos, conocidos sobre la esquizofrenia, (etiología, sintomatología, terapéuticas, etc)

Este aspecto educativo, facilita la comprensión detallada del proceso y apoya la actitud de los familiares del paciente.

- b) Disminuir el sentimiento de culpabilidad de los familiares
- c) Entrenarlos a limitar sus actitudes de crítica destructiva y a eliminar sus reacciones de hostilidad hacia el paciente, o bien su actitud intrusiva en la vida corriente del paciente.
- d) Romper su aislamiento, quitando los sentimientos de vergüenza o desprestigio por tener un paciente de este tipo en su familia
- e) Especificar los tiempos de espera reales para conseguir determinados progresos en el paciente.

Esta actividad de sosten psicoterapéutico familiar, tiene una finalidad pragmática menos ambiciosa que la terapéutica familiar de base sistémica tradicional. En este tratamiento no se pretende curar la esquizofrenia sino tan solo conseguir un rol activo por parte del grupo familiar.

Se ha comprobado que la terapéutica familiar con atención a todo el grupo, en un estudio comparativo de dos años, en relación a valorar en contraste los beneficios de la psicoterapia de apoyo individual al paciente, que la atención familiar mejora de forma más fehaciente la evolución del paciente esquizofrénico, que la psicoterapia de apoyo; Gracias a ello precisará dosis más bajas de neurolepticos y se realizarán menos ingresos intermedios (menor incidencia de brotes).



## REHABILITACION

La esquizofrenia constituye un proceso deteriorante y se admite por todos que nunca el esquizofrenico recupera el estado previo al inicio de la enfermedad

Aparece una minusvalia que repercute en la insercion social, por ello debe planificarse un conjunto de medidas que faciliten su resolucion tanto en cuanto a la enfermedad como a la recuperacion de sus habilidades, pero siempre procurando evitar el peligro de recaidas.

- a) Reinicio de las actividades laborales o estudiantiles de forma parcial con dedicacion de tiempo progresiva, no completa de entrada, tanto si se refiere a estudios como si se refiere al trabajo.
- b) Evitaremos las situaciones estresantes o de sobrecarga, evitando la competicion, puesto que este tipo de vivencias son favorecedoras de recaidas.
- c) Se evitaran las relaciones interpersonales demasiado intensas o de excesivo compromiso relacional y tambien la situaciones de presion social.

Debemos aconsejar que el paciente pueda retirarse en un lugar mas aislado cuando se produzcan situaciones de tension o de agobio en el medio sociofamiliar que pudieran producir una sobrecarga.

La medicacion neuroleptica disminuye la vulnerabilidad del esquizofrenico a las emociones fuertes o el impacto de las situaciones no habituales, pero existe un limite entre la cantidad de estres existente en el medio y la ayuda que puede realizar un neuroleptico

- d) No debe tomar drogas alucinogenas de ningun tipo ni tampoco alcohol.

Algunos esquizofrenicos desean realizr un trabajo que le comportaria un sistema relacional intenso y otros prefieren trabajos mas retirados o con menor necesidad de contacto, (dedicacion a los animales, o a las plantas, ordenadores, etc).

Hay que considerar y tener presente que todo trabajo que comporte un nivel mas o menos elevado de relaciones humanas va a resultar mucho mas sobrecargante que otro.

A traves de las tecnicas de tipo comportamentalista, y de las actividades que se pueden desarrollar con los juegos de funcion o de rol, podemos plantearnos la posibilidad de corregir, con un metodo adecuado, las dificultades derivadas del handicap especifico y previamente evaluado, que presenta el paciente; por ej.:



aprender a solicitar una ayuda en una situación determinada.

El paciente suele presentar diversos déficits:

- 1) No percibe la situación de forma correcta
- 2) No reflexiona ni se esfuerza en dar una respuesta adecuada a una pregunta determinada.
- 3) No puede ejecutar un objetivo propuesto.

La terapéutica de resolución de estos determinados handicaps se efectuara de forma escalonada y debido a que el esquizofrenico no suele motivarse, tal tipo de tratamiento nos llevara meses, ademas sera importante obtener la colaboracion de familiares y educadores los cuales sera necesario que:

- a) Admitan la existencia de la enfermedad
- b) Conozcan y acepten las fluctuaciones de la enfermedad y la existencia de retrocesos y avances parciales.
- c) Entretengan y mejoren la difícil motivación del paciente para conseguir llegar al fin propuesto

El entrenamiento es repetitivo, y en pequeñas etapas, se evitara los estímulos emotivos que pudieran desencadenar una catarsis peligrosa, las presiones fuertes, mas si son de tipo afectivo producen una agravación de la sintomatología.

A la inversa el aislamiento social lleva al paciente hacia la instauración sintomática de la apatía.

A pesar de los avances terapéuticos conseguidos en el tratamiento del proceso esquizofrenico, algunos pacientes tienen todavía la necesidad de vivir en medio protegido, por ello deben seguir existiendo, hoy por hoy, las unidades nosocomiales de atención permanente para el paciente crónico rebelde a todo tratamiento.