

00716

**COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO DURANTE LA  
CONSULTA ODONTOLOGICA  
HOSPITAL NEUROSIQUIATRICO JULIO MANRRIQUE 1998**

**YANETH LILIANA MENDOZA FRANCO  
ANGELA MARIA JAIMES SOLER  
INGRID MARCELA STEFAN ORJUELA  
CLAUDIA LEONILDE MONTENEGRO MONTENEGRO**



**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
SANTAFE DE BOGOTA D.C.**

1998

COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO DURANTE  
LA CONSULTA ODONTOLOGICA  
HOSPITAL NEUROSIQUIATRICO JULIO MANRRIQUE 1998

Investigadoras  
YANETH LILIANA MENDOZA FRANCO  
ANGELA MARIA JAIMES SOLER  
INGRID MARCELA STEFAN ORJUELA  
CLAUDIA LEONILDE MONTENEGRO MONTENEGRO

Director  
Dr. NESTOR AGUDELO  
Medico Psiquiatra

Codirector  
Dr. LEONARDO GARZON  
Odontólogo

Asesor Metodológico  
Dra. INES AMPARO REVELO  
Odontóloga Maestría en Administración de Salud

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
SANTAFE DE BOGOTA D.C.  
1998.

COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO DURANTE LA  
CONSULTA ODONTOLOGICA  
HOSPITAL NEUROSIQUITRICO JULIO MANRRIQUE 1998

YANETH LILIANA MENDOZA FRANCO  
ANGELA MARIA JAIMES SOLER  
INGRID MARCELA STEFAN ORJUELA  
CLAUDIA LEONILDE MONTENEGRO MONTENEGRO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el Título de  
Odontólogo.

Director  
Dr. NESTRO AGUDELO  
Medico Psiquiatra

Asesor Metodológico  
Dra. INES AMPARO REVELO  
Odontóloga Maestría en Administración de Salud

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
SANTAFE DE BOGOTA D.C.  
1998.

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Dr. Nestor Agudelo, Médico Psiquiatra Hospital Neuropsiquiatrico Julio Manrique.

Dra. Ines Amparo Revelo, Odontóloga maestría en investigación en salud.  
Departamento de investigación y salud pública C.U.C.

Dr. Leonardo Garzón, Odontólogo Hospital Neuropsiquiatrico Julio Manrique.

Hospital Neuropsiquiatrico Julio Manrique de Sibate

## **TABLA DE CONTENIDO**

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 JUSTIFICACION	4
1.3 PROPOSITO	5
1.4 MARCO TEORICA	5
1.4.1 Historia	6
1.4.2 Etiologia	7
1.4.3 Epidemiologia	11
1.4.4 Diagnostico y clasificacion	14
1.4.5 Sintomas clinicos	23
1.4.6 Cursos y pronostico	30
1.4.7 Tratamiento	31
1.5. OBJETIVOS	39
1.5.1 General	39
1.5.2 Especifico	39
2. METODO	40
2.1 TIPO DE ESTUDIO	40

2.2	UNIVERSO	40
2.3	MUESTRA	40
2.4	VARIABLES	41
2.5	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	42
3.	RESULTADOS	43
3.1	TIPO DE ASISTENCIA A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	43
3.2	TIPO DE INFORMACIÓN QUE EL PASIENTE TIENE SOBRE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	44
3.3	TIPO DE APTITUD ANTE LA ASISTENCIA DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	45
3.4	PREDILECCIÓN DEL PASIENTE POR EL GÉNERO DEL PROFESIONAL	46
3.5	TIPO DE SENSACIONES DESCRITAS POR EL PASIENTE	46
3.6	TIPO DE PREFERENCIA CON RELACIÓN AL TRATAMIENTO	48
3.7	TIPO DE SENSACIÓN Y COMPORTAMIENTOS OBSERVADAS POR EL PROFESIONAL EN EL PASIENTE	49
3.8	TIPO DE SENSACIONES DERIVADAS DE LA PERSECCIÓN DE LOS APARATOS ODONTOLÓGICOS	50
4.	DISCUSIÓN	51
5.	CONCLUSIONES	53
6.	RECOMENDACIONES	54
	ANEXOS	55

## **1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION**

**1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.** Hoy en día la esquizofrenia se configura como uno de los trastornos comportamentales más complejos, graves y enigmáticos de todo el campo psicopatológico. Además la esquizofrenia no es solo un problema humano individual, sino que, dada su elevada incidencia y sus devastadores efectos ha llegado a convertirse en un problema socioeconómico. Actualmente no se tiene los conocimientos de cómo debe ser el manejo odontológico, simplemente estas personas son atendidas sin comprender realmente su enfermedad y sus problemas psicológicos y no se tiene en cuenta la posibilidad de que estos pacientes se encuentren deprimidos, alterados, hostiles o extraños en determinado momento y esto dificulta un tratamiento adecuado. Además la falta de información sobre este trastorno y sus alteraciones físicas y psicológicas, la clasificación de cada enfermo y su diferenciación con los demás hace que se les de un mal manejo.

**1.2 JUSTIFICACION .** El enfermo mental presenta alteraciones al nivel cognoscitivo, afectivo y motor. En muchas ocasiones su sensopercepción, es decir la manera como capta los estímulos del exterior se encuentra distorsionada, llevándolo a interpretaciones erradas, a exageraciones o

simplemente a la elaboración de conceptos delirantes que no concuerdan con la realidad. El consultorio odontológico se presenta como un espacio inundado de estímulos virtuales, auditivos y olfatorios. El ruido producido por los equipos, la abundancia de elementos punzantes (pinzas, tijeras, etc). El olor de los materiales, el foco de luz sobre la cara y los tapabocas que ocultan el rostro pueden crear en un paciente enfermo mental no solo angustia, sino ansiedad, pánico o ideas paranoides. Estos síntomas pueden crear grandes inconvenientes al odontólogo y pueden desencadenar importantes efectos médico-psiquiátricos en el paciente.

**1.3 PROPOSITO.** Por medio de esta investigación se pretende mejorar la relación odontólogo-paciente en una institución en particular, el hospital psiquiátrico Julio Manrique de Sibaté, a través del entendimiento de la patología mental de cada uno de ellos y por medio del manejo de las eventuales creencias, temores y angustias que puedan presentar.

Igualmente buscamos sentar las primeras bases para la elaboración de un protocolo de manejo del paciente psiquiátrico durante la atención odontológica el cual sería de indudable utilidad tanto para el profesional, como para el paciente psiquiátrico durante una consulta odontológica el cual sería de indudable utilidad tanto para el profesional, como para el paciente que es atendido.

**1.4. MARCO TEORICO.** El término esquizofrenia denota una perturbación

mental grave y prolongada que se manifiesta como una conducta alterada de amplio rango. A pesar de que se le ha analizado como una enfermedad, la esquizofrenia se considera como un grupo de trastornos de causa incierta con cuadros clínicos similares, que incluyen perturbaciones del pensamiento y con frecuencia con síntomas característicos como alucinaciones delirios, conducta aberrante y deterioro en el nivel general del funcionamiento.

( Eugen Bleuler, 1911)

1.4.1. Historia. Los síntomas de lo que hoy se llama esquizofrenia a fascinado a los médicos y a los filósofos durante miles de años. En el siglo I d. de J.C. el medico Areteo de Capadocia notó la diferencia entre los pacientes que padecían del termino tradicional de manía y aquellos a los que este medico describió como “ estúpidos, ausentes y musitantes ” términos equivalentes a la moderna terminología aplicada a los esquizofrénicos; también describe los síndromes paranoides por ejemplo, ideas delirantes de ser envenenado, retraimiento y preocupaciones religiosas. En el siglo II d. de J.C. Sorano, describe delirios de grandeza en pacientes que se creen dioses, nos da también descripciones cuidadosas de los estados estupurosos.

Después de esta época primitiva de escasos intentos de tratamiento, los esquizofrénicos se hundieron durante unos mil años en superstición y en obsesiones religiosas. Gran numero de esquizofrenios fueron juzgados y condenados como poseídos por el demonio, fueron quemados en hogueras o

condenados por la sociedad en jaulas en las condiciones increíbles de asilos. Durante este periodo los esquizofrénicos fueron separados de la sociedad y no se realizaron estudios clínicos. En el siglo XVIII surge la idea de prestar atención médica y psicológica a las personas con enfermedades mentales y se les dio a los médicos el control de los manicomios. El psiquiatra alemán Emil Kraepelin introdujo el término “dementia praecox” en 1896. Clasificó en tres grupos a los trastornos psicóticos basándose en el curso clínico: utilizó el término de “locura maniaco depresiva” para el primer grupo caracterizado por perturbaciones del afecto más que del pensamiento. Incluyó la paranoia como segundo grupo, el cual se caracterizó por perturbaciones graves en el funcionamiento, que comenzaba en la adolescencia y era progresiva.

En 1911, Eugen Bleuler, psiquiatra Suizo, pudo reducir la psicosis a dos grupos mediante la introducción del término esquizofrenia (que significa “excisión de la mente”) consideraba 4 procesos básicos para la enfermedad: El autismo, la ambivalencia y perturbaciones básicas en el afecto y las asociaciones.

Entre 1950 y 1960 los criterios de Bleuler y Schneider dominaron el pensamiento en EE.UU y Alemania y seguirán utilizándose en el ICD-9 para designar un espectro más amplio de esquizofrenia que se encuentra en el DSM-III-R.

1.4.2 Etiología. La esquizofrenia comprende probablemente un grupo de

trastornos con causas heterogéneas y agrupan a pacientes cuyos síntomas clínicos, respuesta al tratamiento y curso de la enfermedad pueden ser muy variados.

**Modelo estrés - diátesis:** Este modelo integra factores biológicos, psicosociales y ambientales. Postula que una persona puede tener una vulnerabilidad específica (diátesis) que, cuando se activa por algún factor ambiental estresante, permitan que aparezcan síntomas de esquizofrenia. En este modelo el factor estresante diátesis pueden ser biológicos, ambientales o los dos casos a la vez.

**Factores biológicos:** Dos tipos de investigaciones han implicado al sistema límbico como el área potencialmente responsable de la patología fundamental de la esquizofrenia, si no en su totalidad, sí en gran parte. Estos dos tipos de investigación son las basadas en las técnicas de neuroimagen y basadas en los exámenes neuropatológicos post mortem del tejido cerebral. Sin embargo los teóricos se enfrentan al hecho de que en gemelos monocigóticos la tasa de discordancia es el del 50%, lo cual implica la existencia de una interacción poco conocida entre el ambiente y desarrollo de la esquizofrenia. Un gemelo monocigótico puede desarrollar esquizofrenia y el otro no, así partan de la misma información genética.

**Genética.** Primeros estudios clásicos sobre este tema realizados en los años 30, hallaron que es probable que una persona sufra esquizofrenia si están afectados de sufrir otros este trastorno, está correlacionada con la proximidad de esta relación familiar. Los miembros de su familia y que, la

probabilidad de una persona de sufrir este trastorno está correlacionada con la proximidad de esta relación familiar.

**Factores Psicosociales.** Es importante que el especialista tenga en cuenta los factores psicosociales que afectan la esquizofrenia. Aunque históricamente se ha dicho que algunos factores psicosociales están directa y casualmente relacionados con la enfermedad, ésta primera aproximación no debería impedir al especialista contemporáneo utilizar algunas teorías derivadas de las observaciones e hipótesis del pasado.

“La esquizofrenia afecta a los pacientes como individuos, cada uno de los cuales tiene su propio funcionamiento psicológico. (Sigmund Freud. 1882)

**Teorías psicoanalíticas:** La esquizofrenia era el resultado de fijaciones en el desarrollo que ocurrían antes de las que producían el desarrollo de las neurosis. Freud, también postuló que estaba presente un yo defectuoso que contribuía a la sintomatología de la enfermedad.

Algunas de las ideas de Freud referentes a la esquizofrenia acusaron su falta de implicación profunda con estos pacientes. Por el contrario, Harry Stack Sullivan sometió a los pacientes esquizofrénicos a psicoanálisis intensivos y concluyó en que la enfermedad era el resultado de dificultades interpersonales tempranas, particularmente las relacionadas con lo que él consideraba maternidades “defectuosas” y abiertamente ansiosas. La concepción psicoanalítica de la esquizofrenia postula que los defectos del yo afectan a la interpretación de la realidad y al control de los impulsos internos, como la sexualidad y la agresión. La teoría psicoanalítica

también postula que los diferentes síntomas de la esquizofrenia tienen diferentes significados simbólicos para el paciente, como por ejemplo las fantasías, los sentimientos de grandeza, las alucinaciones y los delirios.

Teorías psicodinámicas. Las visiones psicodinámicas más contemporáneas de la esquizofrenia se alejan del modelo Freudiniano. Tienden a considerar la hipersensibilidad constitucional a los estímulos perceptivos como un déficit. En realidad, gran cantidad de investigadores sugieren que a estos pacientes les resulta difícil discriminar diferentes estímulos y centrarse en un solo aspecto cada vez. Esta dificultad crea problemas en cada fase del desarrollo en la infancia, y produce un estrés particular en las relaciones interpersonales.

Los estudios de seguimiento a largo plazo sostienen que algunos pacientes probablemente no se benefician de una psicoterapia exploratoria, pero aquellos que son capaces de integrar la experiencia psicótica en sus vidas, pueden beneficiarse de algún tipo de terapia introspectiva.

Teorías del aprendizaje. De acuerdo con los teóricos del aprendizaje, los niños que más tarde sufrirán esquizofrenia aprenden reacciones y formas de pensamiento irracionales por medio de la imitación de los padres, que pueden tener sus propios problemas. Dentro de estas están las teorías relacionadas con la familia, en donde estudios no controlados, indican, que algunos patrones familiares específicos pueden desempeñar un papel causal en el desarrollo de la esquizofrenia. Es clínicamente relevante reconocer

las conductas familiares patológicas, ya que estas pueden incrementar de forma significativa el estrés emocional que para una persona con vulnerabilidad para la esquizofrenia puede ser difícil de soportar. Desafortunadamente, los estudios familiares que se han llevado a cabo para probar esta teoría eran poco fiables metodológicamente y no han podido demostrar la fidelidad de la misma. También se encuentran las Teorías sociales en donde algunos teóricos han sugerido que la industrialización y la urbanización pueden ser factores causales de la esquizofrenia. Aunque algunos datos apoyan esta teoría, parece ser que los factores estresantes actúan principalmente sobre la edad de inicio de la enfermedad y sobre la gravedad de la misma.

1.4.3 Epidemiología En los EE.UU la prevalencia de la esquizofrenia oscila entre 1% y el 13%. Cada año, entre un 0.023% y 0.05% de la población sigue tratamiento por este trastorno. Aunque dos tercios de los pacientes tratados necesitan ser hospitalizados, solo la mitad de los pacientes reciben tratamiento, a pesar de la gravedad del trastorno. (DSM IV-1995).

Edad y sexo: La presencia de la esquizofrenia es la misma en hombres y mujeres. Sin embargo, se observan diferencias en cuanto a la edad de inicio y curso. La edad de inicio más frecuente para los hombres es entre los 15 y 25 años, mientras que para las mujeres es entre los 25 y 35 años. Algunos estudios demuestran que es más probable que los hombres presenten síntomas negativos, y que las mujeres tengan un mejor funcionamiento

social. En general, el curso de la esquizofrenia es más favorable entre las mujeres que entre los hombres.

Distribución geográfica: No se distribuye en forma equitativa. No obstante en algunas áreas geográficas se registra una preevalencia inusualmente alta de este trastorno. Para algunos investigadores esto apoya la causa infecciosa de la esquizofrenia. ( p. ej., un virus)

Tasas de reproducción: El uso de fármacos, las políticas de apertura de los hospitales, la desinstitucionalización de estos pacientes, el énfasis dado a la rehabilitación, son elementos que han contribuido a una mayor tasa de matrimonios entre esquizofrénicos y en consecuencia, a un mayor número de nacimientos de niños hijos de padres con este trastorno. Las tasas de fertilidad de estas personas están en la actualidad cercanas a las de la población en general.

Enfermedades médicas: Las personas esquizofrénicas presentan una tasa de mortalidad por accidentes y por causas naturales mayores que los de la población general. Diferentes estudios manifiestan que más del 30% de estas enfermedades están infradiagnosticadas.

Suicidio: El suicidio es una causa de muerte frecuente entre estos pacientes. Un 50% de los pacientes esquizofrénicos intentan suicidarse por lo menos una vez en su vida, y de un 10% a un 15% de estas personas mueren por

esta causa en periodos de seguimiento de 20 años. Entre los principales factores de riesgo se incluye la presencia de síntomas depresivos, la juventud (menor de edad), y un funcionamiento premórbido elevado. El tratamiento de estos pacientes debe incluir fármacos para la depresión, psicoterapia y grupos de apoyo.

Uso y abuso de sustancias asociadas:

Cigarrillos. La mayoría de los estudios indican que más de las tres cuartas partes de los pacientes esquizofrénicos, fuman. Algunos de los estudios han señalado que el trabajo se asocia con el consumo de dosis altas de fármacos antipsicóticos, debido posiblemente al aumento del metabolismo de estas sustancias que produce el tabaco.

Abuso de sustancias. Entre el 30% y un 50% de estos pacientes cumplen criterios para el abuso o la dependencia del alcohol, y las otras dos sustancias más utilizadas son el cannabis y la cocaína.

Densidad de la población: La prevalencia de la esquizofrenia se ha correlacionada con la densidad de la población local en ciudades con más de 1 millón de habitantes. El efecto de la densidad de la población concuerda con la observación de que la incidencia de la esquizofrenia en niños con un progenitor o ambos afectados con este trastorno, es dos veces mayor en ciudades que en las comunidades rurales.

1.4.4 Diagnóstico y clasificación. El DSM-IV contiene los criterios diagnósticos oficiales de la American Psychiatric Association para la esquizofrenia. Este DSM-IV ofrece más opciones al especialista y son más descriptivos de los actuales síntomas clínicos. Para el diagnóstico de la esquizofrenia, ni las alucinaciones, ni las ideas delirantes son imprescindibles, ya que los pacientes pueden cumplir los criterios diagnósticos si presentan dos de los síntomas (del 3 al 5) enumerados en el criterio A (cuadro 1.1).

También requiere que los síntomas estén presentes por lo menos durante seis meses y que no pueda hacerse un diagnóstico de trastorno esquizofrénico o trastorno del estado de ánimo.

---

## CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA

A. *Síntomas característicos* : Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito) :

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. Comportamiento catatónico ó gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota : Solo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social/Laboral* : Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. *Duración* : Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplen el criterio A (o menos si se ha trata con éxito ) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo* : El trastorno esquizoafectivo y del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a : 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa : o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo o residual.

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica* : El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo* : si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes ( o menos si se han tratado con éxito).

---

## CUADROS 1.1

Tipos de esquizofrenia. El diagnóstico de un subtipo en particular se basa fundamentalmente en la presentación clínica, en el cuadro clínico que motivó la evaluación o el ingreso y puede cambiar con el tiempo. Las implicaciones pronósticas y terapéuticas de los subtipos son variables, los tipos paranoides y desorganizado tienden a ser respectivamente, los de menor y mayor gravedad. Estos subtipos no están muy correlacionados con diferencias en cuanto al pronóstico tal diferenciación puede hacerse mejor atendiendo a los predictores específicos de pronóstico.

Tipo Paranoide: La característica consiste en la presencia de claras ideas delirantes de tipo persecutorio o grandioso, o frecuentes alucinaciones auditivas. Los pacientes con este tipo de esquizofrenia suelen ser mayores que los pacientes con esquizofrenia catatónica o desorganizada, cuando aparece el primer episodio de la enfermedad. Los pacientes que han estado bien hasta los 30 años aproximadamente, suelen haber establecido una vida social que puede serles de gran ayuda a lo largo de su enfermedad. Estos pacientes también presentan una menor regresión de sus facultades mentales, respuesta emocional y conducta, que la observada en otros tipos de esquizofrenia. El típico paciente de este tipo es suspicaz, tenso, reservado y receloso. También puede ser hostil y agresivo. En algunas ocasiones actúan adecuadamente en situaciones sociales. Su inteligencia en áreas no invadidas por la psicosis tiende a permanecer intacta. Los temas

persecutorios pueden conducir al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes y de grandeza con las reacciones de ira, pueden predisponerle a la violencia. Habitualmente, estos sujetos muestran un deterioro mínimo en las pruebas neuropsicológicas y en los test cognoscitivos. Algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

**Tipo Desorganizado:** Las características de este tipo son el lenguaje desorganizado, la efectividad inapropiada y una notable regresión a conductas primitivas. El inicio suele ser temprano antes de los 25 años. Los pacientes desorganizados están normalmente activos aunque de una forma no constructiva (sin objetivos). Su alteración del pensamiento es notable y su contacto con la realidad pobre. Su apariencia personal y su conducta social son desastrosas. Sus respuestas emocionales son inapropiadas y a menudo empiezan a reír sin una causa aparente. Las muecas y las sonrisas incongruentes son frecuentes en este tipo de pacientes, cuya conducta se describe como boba o fatua.

**Tipo Catatónico:** La característica principal de este tipo es una marcada alteración sicomotora que puede incluir la movilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolia o ecopraxia, algunas

veces el paciente pasa del extremo de la excitación al del estupor. Las peculiaridades de el movimiento voluntario

Tipo Residual: Este tipo se caracteriza por manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia continua de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el criterio A. ( cuadro 1.1). El embotamiento afectivo, el aislamiento social, la conducta excéntrica el pensamiento ilógico y una leve pérdida de asociaciones son síntomas comunes de este tipo. Si están presentes alucinaciones o ideas delirantes, no son muy prominentes y no pturban demasiado la vida del sujeto.

## **CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TIPOS DE ESQUIZOFRENIA**

### **Tipo paranoide**

*Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios :*

*A Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.*

*B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado ni afectividad aplanada o inapropiada.*

### **Tipo desorganizado**

*Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios :*

*A. Predominan :*

- 1. Lenguaje desorganizado.*
- 2. Comportamiento desorganizado.*
- 3. Afectividad aplanada o inapropiada.*

*B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.*

### **Tipo catatónico**

*Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas :*

- 1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor.*
- 2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).*
- 3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las ordenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido)*

4)peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.

5)Ecolalia o ecopraxia.

### **Tipo indiferenciado**

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del criterio A, pero que no cumplen los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

### **Tipo residual**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios.

A.ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

*Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p.. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).*

CUADRO 1.2

## Otros tipos de esquizofrenia

Latente: En la actualidad los pacientes deben cumplir criterios muy precisos para recibir este diagnóstico; no obstante cuando existía una conceptualización más amplia, los pacientes que hoy en día no se considerarían esquizofrénicos podían recibir este diagnóstico, que se utilizaba con frecuencia para referirse a lo que hoy se conoce como trastornos esquizoides o esquizotípicos de la personalidad. Estos pacientes pueden presentar conductas peculiares o trastornos del pensamiento, pero no manifiestan de forma constante síntomas psicóticos.

Oniroide: Este estado es parecido al del sueño en el cual el paciente puede estar perplejo y un poco desorientado temporo-espacialmente. El término "esquizofrénico órinoide" se utilizó para designar a los pacientes que estaban muy inmersos en sus experiencias alucinatorias, tanto como para excluirse del medio real.

Parafrenia: Este término se utiliza a veces como sinónimo de la esquizofrenia paranoide. En otras ocasiones se ha utilizado para destacar el curso progresivo y deteriorante de la enfermedad y para señalar la presencia de delirios bien sistematizados.

Pseudoneurótica: Estos pacientes se caracterizan por síntomas de

panansiedad, panafobia, panambivalencia y, a veces una conducta sexual caótica. En las descripciones clínicas de estos pacientes rara vez se citan síntomas psicóticos abiertos y graves.

**Esquizofrenia Simple:** Se caracteriza por pérdida gradual de las motivaciones y ambiciones. Los pacientes no experimentan alucinaciones o delirios persistentes. El principal síntoma es el retraimiento social y laboral. El síndrome puede reflejar una depresión, una fobia, una demencia o una exacerbación de rasgos de la personalidad.

**Psicosis Delirante Aguda:** Este concepto se diferencia de la esquizofrenia por la duración de los síntomas (menos de tres meses). El diagnóstico es similar al del diagnóstico esquizofreniforme del DSM-IV. Los especialistas informan que en un 40% de los pacientes con este diagnóstico progresan en su enfermedad y acaban siendo diagnosticados de esquizofrenia.

Los nombres de algunos subtipos de esquizofrenia hablan por sí solos, por ejemplo inicio tardío, infantil y procesual. La esquizofrenia de inicio tardío es la que suele aparecer después de los 45 años, la esquizofrenia con inicio en la infancia es la esquizofrenia tal cual la del DSM-IV y la esquizofrenia procesual es la que sigue un curso, particularmente deteriorante y debilitante.

**Esquizofrenia tipo I y II**

Esta clasificación está basada en la presencia o ausencia de síntomas

positivos (o producidos) y negativos (o defectuales). Los síntomas negativos incluyen aplanamiento o embotamiento afectivo, pobreza del lenguaje o de su contenido, bloqueo, autocuidado escaso (aseo), pérdida de motivación, anhedonia, retraimiento social, alteraciones cognitivas y déficit y atención. Los síntomas positivos incluyen pérdida de asociaciones, alucinaciones, conducta extravagante, ideas delirantes y trastornos formales del pensamiento (descarrilamiento, ilogicalidad). Los pacientes tipo I , tienden a tener más síntomas positivos, sus estructuras cerebrales parecen normales en la TC, y su respuesta al tratamiento es buena ; los pacientes tipo II presentan más síntomas negativos, en la TC se aprecian alteraciones en las estructuras cerebrales su respuesta al tratamiento es más bien pobre. (T.J Crow, 1980)

1.4.5. Síntomas clínicos: Los signos y síntomas clínicos de la esquizofrenia se basan en tres principios. Primero, ningún signo o síntoma clínico es patognomónico para este trastorno; cada uno de ellos puede observarse en otros trastornos psiquiátricos o neurológicos. Así pues, el especialista no puede diagnosticar una esquizofrenia sólo en base al examen del estado mental. La historia del paciente es esencial. Segundo, los síntomas de un paciente cambian con el tiempo. Tercero, el especialista debe tener en cuenta el nivel educacional del paciente, su capacidad intelectual, y su grupo cultural o subcultural de origen. Algunas organizaciones pueden tener costumbres que les parezcan extrañas a las personas ajenas a estos grupos, pero que se consideran normales en el interior de estas. (DSM-IV 1995).

Signos y síntomas premorbidos: Estos aparecen antes de la fase prodrómica de la enfermedad. Los signos y síntomas premorbidos existen antes de que existan evidencias del trastorno y son partes de ésta a medida que se está desarrollando. La historia premorbida es que eran personalidades esquizoides o esquizotípicas. Estas personas suelen ser calladas, pasivas, e introvertidas ; como resultado el niño tiene pocos amigos. Un adolescente preesquizofrénico puede no tener amigos íntimos y puede evitar los deportes en equipo, disfruta viendo la TV o escuchando música, excluyéndose de las actividades sociales. Estos signos y síntomas prodrómicos se reconocen casi siempre una vez se ha hecho el diagnóstico esquizofrénico, por esto a veces su validez es incierta, estos pueden aparecer con meses o incluso años de antelación, puede haber empezado bajo la forma de quejas somáticas con dolor de cabeza, dolor muscular, debilidad y problemas digestivos. La familia y los amigos pueden notar los cambios de la persona.

Otros signos y síntomas prodrómicos son la conducta peculiar, los afectos anormales, el discurso extraño, las ideas raras y experiencias perceptuales fuera de lo común.

Examen del estado mental: Descripción general. La apariencia general de un paciente esquizofrénico puede ir desde una persona desaliñada que grita y está agitada, hasta la persona obsesivamente bien cuidada, completamente

mutista e inmóvil. La conducta puede ser agitada o violenta, aparentemente sin motivo, pero normalmente como respuesta a las alucinaciones. Esta conducta contrasta con las características del tipo catatónico en la que el paciente parece no tener vida y puede estar mutista, negativista y mostrar obediencia automática. Entre otras conductas está la torpeza de los movimientos, signos que reflejan la patología de los ganglios basales. Los pacientes esquizofrénicos se cuidan poco, no se bañan muy a menudo y se visten con ropa inapropiada para las temperaturas, otras conductas extrañas incluyen tics, estereotipias, manierismo y ocasionalmente ecopraxia.

Humor, sentimientos y afecto: Los síntomas depresivos con frecuencia se conocen como depresión secundaria de la esquizofrenia o trastorno depresivo post-sicótico de la esquizofrenia. El paciente esquizofrénico con síntomas depresivos es sensible a los efectos extrapiramidales de los antipsicóticos. Otros sentimientos son la perplejidad, el terror, un sentimiento de soledad y ambivalencia.

Otros síntomas afectivos. Dos síntomas muy comunes son la reducción de la respuesta emocional y respuestas emocionales inapropiadas como la ira, la felicidad o ansiedad. Algunos pacientes describen sentimientos exultantes de omnipotencia, éxtasis religiosa, terror a la desintegración de sus almas, o una paralizante ansiedad por la destrucción del universo.

Alteraciones perceptivas. En estos pacientes predominan las alucinaciones en los cinco sentidos más comunes las auditivas. Las voces suelen ser amenazantes, obscenas, acusatorias o insultantes. Dos o más voces, pueden conversar entre ellas, o una sola voz puede comentar la vida o conducta del paciente. Dentro de estas encontramos las alucinaciones cenestésicas, que son sensaciones de cambios en los órganos corporales. Ej. de ellas son una quemazón en el cerebro, una presión en los vasos sanguíneos y una sensación cortante en la médula ósea. También se encuentran las ilusiones, que son distorsiones de imágenes o sensaciones reales; es lo que las diferencia de las alucinaciones. Pueden aparecer durante las fases activas del trastorno, pero también pueden darse durante la fase prodrómica o durante los periodos de remisión.

Pensamientos. Los trastornos del pensamiento pueden ser el núcleo de la esquizofrenia, se clasifican en trastornos del contenido del pensamiento, de la forma del pensamiento y del proceso del pensamiento, El trastorno del contenido del pensamiento refleja las ideas del paciente, creencias y su interpretación de los estímulos. Las ideas delirantes son el ejemplo más claro de este tipo de trastorno. En la esquizofrenia estas ideas pueden ser, persecutorias, de grandiosidad, religiosas o somáticas. Los pacientes pueden preocuparse por ideas esotéricas, abstractas, simbólicas, psicológicas o filosóficas. Pueden también preocuparse por alteraciones físicas completamente imposibles. La frase "pérdida de los límites del yo"

definen la pérdida del paciente sobre donde termina su cuerpo su mente y su influencia y donde empieza el resto de los objetos animados e inanimados. Otros síntomas relativos a la pérdida de los límites del yo, es la creencia de los pacientes en que se han “fundido” físicamente con un objeto extremo a ellos (p.ej., un árbol o una persona). También algunos pacientes tienen dudas sobre cuál es su sexo o su orientación sexual. Estos síntomas no se deben confundir con travestismo, transexualismo u homosexualidad. Los trastornos de la forma del pensamiento pueden objetivarse en la manera en que los pacientes hablan o escriben. Aquí se incluyen la pérdida de asociaciones, el descarrilamiento, la incoherencia, la ecolalia, la verbigeración, la ensalada de palabras y el mutismo. Los trastornos del proceso de pensamiento se refieren a la forma en que se formulan las ideas y el lenguaje. Entre estos trastornos se incluyen la fuga de ideas, el bloqueo mental, las alteraciones de la tensión, la pobreza del contenido del pensamiento, la poca capacidad de abstracción, la perseveración y las asociaciones idiosincrásicas. Impulsividad, suicidio y homicidio. Los pacientes esquizofrénicos pueden agitarse y perder el control, cuando están en la fase activa. También disminuye su sensibilidad social respondiendo de forma impulsiva, cuando, por ejemplo, coge algún cigarrillo de otro paciente, cambia el canal de televisión súbitamente o tira comida al suelo. Algunas conductas impulsivas incluso el suicidio y el homicidio, pueden ser la respuesta del paciente a las órdenes de sus alucinaciones.

Suicidio : Un 50% de pacientes esquizofrénicos intentan suicidarse, y un 10%-15% mueren por esta causa. La depresión que sufren estos pacientes puede ser un factor precipitante para el suicidio que en ocasiones es el menos tenido en cuenta. Otros factores son el sentimiento de vacío completo, la necesidad de escapar de la tortura mental, u ordenes de las alucinaciones auditivas que le instan a matarse. Los factores de riesgo para el suicidio son la conciencia de la enfermedad, el sexo masculino, la educación superior, la juventud, un cambio en el curso de la enfermedad, una mejoría tras una recaída, la dependencia hospitalaria, antecedentes de otros intentos y el vivir solos.

Homicidio : Estos pacientes tienen la probabilidad de matar a alguien exactamente igual que el resto de la población general. Esto puede ocurrir por razones imprevisibles o incomprensibles basadas en las alucinaciones o en las ideas delirantes. Algunos factores predisponentes son historia previa de violencia, conducta peligrosa mientras está hospitalizada, alucinaciones o ideas delirantes que favorecen esta violencia.

Memoria. Esta suele estar intacta. No obstante, resulta imposible que el paciente atienda a las pruebas que intentan medir su capacidad amnésica de forma objetiva .

#### Hallazgos Neurológicos

En los pacientes esquizofrénicos son muy frecuentes los signos neurológicos locales y generales. Entre los signos generales se incluye la disdiadococineia, astereognosis, signo del espejo, reflejos primitivos y una

menor destreza. La presencia de estos signos y síntomas se relacionan con una mayor gravedad de la enfermedad, un embotamiento afectivo y peor pronóstico. Solo un 25% de los pacientes eran conscientes de la anormalidad de sus movimientos involuntarios, y que la falta de esto se relacionaba con la pérdida de percepción.

Examen de ojos. Los pacientes esquizofrénicos tienen una tasa más elevada de parpadeo esta tasa más elevada parece reflejar una hiperactividad dopaminérgica.

Otros hallazgos físicos: Al diagnóstico de esquizofrenia se asocia una mayor incidencia de anomalías físicas menores, que probablemente se produjeron en los primeros estadios del crecimiento embrionario y fetal ;, normalmente durante el primer trimestre. Estas anomalías son más comunes entre los hombres y se relaciona con factores genéticos, aunque las complicaciones obstétricas pueden ser un factor casual

Tests psicológicos: Los pacientes esquizofrénicos ejecutan los tests de igual manera que los hacen otros pacientes psiquiátricos u orgánicos. Generalmente, esos pacientes obtienen peores rendimientos en un amplio rango de tests neuropsicológicos. Un estudio demostró que las capacidades más afectadas eran la vigilancia, memoria y formación de conceptos. También demostró que estas alteraciones están más relacionadas con el proceso de la enfermedad en sí mismo y no eran atribuibles a la genética ni

a factores ambientales.

Tests de inteligencia. Los pacientes esquizofrénicos tienden a obtener puntuaciones más bajas en los tests de inteligencia, comparados con otros pacientes psiquiátricos, o con la población general. Al principio de la enfermedad existe un nivel intelectual mejor, que puede irse deteriorando a medida que progresa la enfermedad.

1.4.6. Curso y pronóstico: En el curso los síntomas de la enfermedad comienzan en la adolescencia, y van seguidos de una fase prodrómica que dura días o unos pocos meses. El inicio de los síntomas más graves es precipitado, por algún cambio social o ambiental. El síndrome prodrómico puede durar un año o más antes de que se manifiesten abiertamente los síntomas psicóticos. Tras el primer episodio psicótico, el paciente se recupera gradualmente, y puede vivir un periodo de funcionamiento relativamente normal. No obstante, suele haber una recaída, la cual supone un mayor deterioro del nivel basal del funcionamiento del sujeto. El curso clásico de la esquizofrenia es el de fases de exacerbación y fases de remisión. El paciente esquizofrénico es incapaz de volver a su funcionamiento premórbido tras cada recaída y la vulnerabilidad del paciente al estrés suele durar toda la vida. Los síntomas positivos tienden a ser cada vez menos graves, pero los síntomas negativos se van acentuando cada vez más. La mayoría de estos pacientes viven sin ningún tipo de

objetivos, con hospitalizaciones frecuentes, en la pobreza y sin hogar. En cuanto al pronóstico algunos estudios han hallado que en el período de los 5-10 años posteriores al primer episodio psicótico, solo de un 10% a un 20% de los pacientes han obtenido del tratamiento un resultado positivo. Más del 50% ha obtenido un resultado escaso, con frecuentes hospitalizaciones, exacerbaciones de los síntomas, episodios de trastorno del estado de ánimo e intentos de suicidio. A pesar de estas cifras, la esquizofrenia no sigue siempre un curso deteriorante y algunos factores se han asociado a un buen pronóstico de la enfermedad. El grado de recuperación, oscila entre un 10% y un 60%, un 20% y un 30% de los pacientes esquizofrénicos son capaces de llevar una vida relativamente normal. Entre un 20% y un 30% continúan experimentando síntomas moderados, y de un 40% a un 60% ven su vida notablemente perturbada por el trastorno. Los pacientes esquizofrénicos tienen peor pronóstico que los pacientes con trastornos del estado de ánimo.

1.4.7 Tratamiento. Aunque los fármacos antipsicóticos, son la principal opción de tratamiento, las diferentes investigaciones demuestran la importancia de las intervenciones psicosociales y que estas pueden aumentar la mejoría clínica. Las terapias psicosociales deben integrarse cuidadosamente en el régimen de tratamiento farmacológico y deben apoyar a este último. La mayoría de los, pacientes esquizofrénicos se benefician del uso combinado de antipsicóticos y tratamientos psicosociales.

Hospitalización. Sus principales indicaciones son estabilizar la medicación, proteger al paciente de las ideas suicidas u homicidas, controlar la conducta desorganizada e inapropiada que incluye la incapacidad de cuidar de ellos mismos para sus necesidades básicas como alimentarse, vestirse y tener casa. El principal objetivo es establecer un lazo efectivo entre el paciente y los sistemas de apoyo de la comunidad. Los pacientes tratados con placebo, recaen de 2 a 4 veces más que los tratados con antipsicóticos, estos tratan los síntomas de la esquizofrenia, pero no curan la enfermedad. El médico debe proporcionar información sobre la esquizofrenia al propio paciente, a sus cuidadores o a la familia.

La hospitalización reduce el estrés de los pacientes y les ayuda a estructurar sus actividades diarias ; su duración depende de la gravedad de los síntomas y de los recursos disponibles para el tratamiento ambulatorio. Estudios han demostrado que las hospitalizaciones cortas (4-6 semanas) son tan efectivas como las largas, y aquellos centros que proponen tratamientos conductuales son más efectivos que las instituciones de custodia y las comunidades terapéuticas orientadas a la introspección.

Tratamientos somáticos.

Antipsicóticos. También conocidos como “neurolepticos”. Existen tres clases principales de sustancias : Antagonistas del receptor dopaminérgico, Risperidona y Clozapina. Para la elección del fármaco los antagonistas del

receptor dopaminérgico son las sustancias antipsicóticas clásicas y son efectivas en el tratamiento de la esquizofrenia. Estos fármacos tienen dos deficiencias principales. Uno, sólo a un pequeño porcentaje de pacientes les son tan eficaces que les permiten alcanzar un nivel de funcionamiento mental razonable. Dos, estos se asocian también a efectos adversos y perturbadores como la acatisia y los síntomas parkinsonianos de rigidez y temblor. La Risperidona, puede ser más efectiva que los actuales anteriores fármacos tanto en el tratamiento de los síntomas positivos como de los negativos. Los datos indican que la risperidona, produce menos efectos neurológicos que los antagonistas del dopaminérgicos. Sin embargo estos resultados derivan de la investigación todavía muy limitada. A medida que aumenta el conocimiento sobre la eficacia y seguridad de este fármaco, se podría convertir en un fármaco de primera línea en el tratamiento de la esquizofrenia. La Clozapina, es un antipsicótico eficaz, aunque no se conoce muy bien su mecanismo de acción. Desafortunadamente esta sustancia se asocia a una incidencia del 1%-2% de agranulocitosis, efecto adverso que requiere un control semanal de los índices en sangre. Además la clozapina es costosa y este factor limita su uso. En cualquier caso éste es un fármaco de segunda elección para aquellos pacientes que, o no responden a los fármacos más típicos, o presentan una discinesia tardía grave.

**Principios terapéuticos.** La utilización de antipsicóticos en la esquizofrenia debería seguir cinco principios básicos : 1) El especialista debería definir

claramente el tipo de síntomas que deben ser tratados. 2) Un antipsicótico que ha sido eficaz para un paciente en el pasado debe utilizarse de nuevo. Si no se dispone de esta información, la elección suele basarse en los efectos secundarios. Los datos que tenemos en la actualidad indican que risperidona, remoxipirinda, y otros fármacos similares ofrecen un perfil mejor en cuanto a los efectos secundarios y, posiblemente, una mayor eficacia. En cuanto a los antagonistas dopaminérgicos, todos ellos son igualmente eficaces. 3) La duración mínima de un tratamiento antipsicótico es de cuatro a seis semanas a dosis adecuadas. Si el tratamiento no resulta, debe probarse otro antipsicótico, a ser posible de otra clase. No obstante, una experiencia desagradable del paciente con la primera dosis del fármaco se correlaciona altamente con una respuesta futura escasa y con incumplimiento del tratamiento. Las experiencias negativas pueden incluir un sentimiento subjetivo de malestar, un sobresedación o una reacción distónica aguda. Si se observa una reacción inicial negativa y grave, el clínico puede considerar el cambio a otro tipo de antipsicótico en menos de cuatro semanas. 4) En general, es raro el uso de más de un antipsicótico a la vez ; si está indicado en algunas ocasiones, algunos psiquiatras emplean tioridacina para tratar el insomnio de un paciente que recibe otro antipsicótico para los síntomas esquizofrénicos. En pacientes especialmente resistentes al tratamiento puede estar indicada la combinación de antipsicóticos y otras sustancias, por ejemplo la carbamacepina. 5) Los pacientes deberían mantenerse en las dosis efectivas de medicación más

bajas posibles. La dosis a menudo es menor que la que necesitó para controlar los síntomas agudos durante el episodio psicótico.

Tratamiento inicial. Los antipsicóticos son notablemente seguros, especialmente si se administran durante un período de tiempo relativamente corto. Las principales contraindicaciones de los antipsicóticos son: 1) Una historia de respuesta alérgica grave; 2) La posibilidad de que el paciente haya ingerido una sustancia que pueda actuar con el antipsicótico e inducir una depresión del S.N.C.; 3) La presencia de anomalías cardíacas graves; 4) Un alto riesgo de sufrir crisis convulsivas por causas orgánicas o idiopáticas; 5) Presencia de un glaucoma de ángulo estrecho si se utiliza un antipsicótico con actividad anticolinérgica importante.

Fracaso del tratamiento. En estado agudo prácticamente todos los pacientes responden a dosis repetidas de un antipsicótico -con administración intramuscular, cada una o dos horas, o cada dos o tres horas por vía oral-. A veces se necesita una benzodiacepina para sedar al paciente. El incumplimiento del tratamiento antipsicótico es una de las principales causas de recaída. Otra causa de fracaso es que el tratamiento se administra durante un tiempo insuficiente. En un paciente que no sigue las pautas de medicación, puede utilizarse formas líquidas o depot de flufenacina o haloperidol.

Otros fármacos. Si no se obtienen resultados positivos de tratamiento con al menos un antagonista del receptor dopaminérgico, puede estar indicada una terapia combinada con otra sustancia adyuvante. Algunas de estas

sustancias son el litio, los anticonvulsivos como la carbamacepina o el valproato y las benzodiazepinas. El litio puede ser eficaz en la reducción de los síntomas psicóticos en más de un 50% de los pacientes esquizofrénicos. También es una opción terapéutica razonable para aquellos pacientes que son incapaces de tomar cualquier medicación antipsicótica. Los anticonvulsivos como la carbamacepina o el valproato pueden utilizarse solos o en combinación con el litio o con antipsicóticos. Aunque ninguna de estas sustancias ha demostrado ser eficaz en la reducción de los síntomas psicóticos cuando se utilizan solas, los datos sugieren que pueden ser eficaces en los episodios de violencia de algunos pacientes esquizofrénicos. Muchas investigaciones respaldan la administración conjunta de Benzodiazepinas (alprazolam) con antipsicóticos en pacientes que no han respondido a los antipsicóticos cuando se han administrado solos. También se ha informado de pacientes que han respondido a altas dosis de diazepam solo. No obstante, la gravedad de la psicosis puede aumentar tras el no uso de benzodiazepinas.

Otros tratamientos somáticos. La terapia electroconvulsiva ( T.E.C.), es menos efectiva que los antipsicóticos, pero puede estar indicada en pacientes catatónicos o en pacientes que por alguna razón no pueden tomar antipsicóticos. Los pacientes que llevan enfermos menos de un año son los que más responden a este tratamiento.

Tratamientos psicosociales: Terapia conductual. Estas terapias deben ir dirigidas tanto a las capacidades, como a los déficit del paciente. Las técnicas conductuales utilizan la economía de fichas y el entrenamiento en habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales, la autosuficiencia y las habilidades prácticas. Como resultado se puede reducir la frecuencia de conductas maladaptativas, como hablar a gritos, hablarse a sí mismo en público y la rigidez postular.

Terapias familiares. Gran variedad de terapias familiares son útiles en el tratamiento de la esquizofrenia. Como a los pacientes se les da de alta hospitalaria en un estado de remisión parcial, la familia a la que es devuelto puede beneficiarse de un curso breve pero intensivo de terapia familiar. Un tema importante a tratar en la terapia de familia es el proceso de recuperación, en particular su duración y el grado esperable de "normalización". La familia espera una recuperación demasiado pronta de la persona enferma, que se produce por la ignorancia de la esquizofrenia y por una cierta negación de la gravedad del trastorno. Más adelante, la terapia de familia deberá dirigirse al conocimiento de las técnicas de afrontamiento y reducción del estrés y a la reincorporación gradual del paciente a sus actividades. En estudios controlados, la reducción de la tasa de recaídas es de 23% a 30% de recaídas anuales sin terapia de familia y 3%-10% con este tratamiento.

NAMI : Grupo de apoyo para los miembros de las familias y amigos de

pacientes con trastornos mentales y para los mismos pacientes.

Terapia de grupo. Esta terapia se centra en el aquí y ahora del paciente, sus problemas, sus relaciones y sus proyectos. Estas terapias son útiles en el sentido de reducir el aislamiento social, incrementar el sentido de cohesión y mejorar la calidad de vida del paciente.

Psicoterapia individual: Los estudios mejor controlados sobre los efectos de la psicoterapia individual señalan que la terapia es útil y se suma a los efectos del tratamiento farmacológico. Los tipos de terapia estudiados incluyen la psicoterapia de apoyo y la introspectiva. En la psicoterapia para estos pacientes es el desarrollo de una relación terapéutica que el paciente sienta como "segura". Un estudio halló que era más probable que los pacientes capaces de construir una buena alianza continúen la psicoterapia, que cumplan con la medicación y que obtengan mejores resultados en seguimientos de dos años. El principal objetivo es reforzar la idea de que pueda confiarse en el terapeuta, que él quiere entender al paciente e intentará hacerlo, y que tiene fé en las potencialidades del paciente como ser humano, sin importar que este alterado, hostil, o extraño en algunos momentos.

## 1.5. OBJETIVOS

### 1.5.1. General

Describir el comportamiento del paciente esquizofrénico durante la consulta odontológica en el hospital neuropsiquiátrico Julio Manrique de Sibaté.

### 1.5.2. Específicos

- Establecer el tipo de asistencia a la consulta odontológica.
- Conocer el tipo de información que el paciente tiene sobre el tratamiento odontológico.
- Determinar el tipo de actitud del paciente ante la asistencia a la consulta odontológica.
- Determinar la predilección del paciente por el género del profesional.
- Conocer las sensaciones descritas por el paciente.
- Determinar la preferencia con relación al tratamiento.
- Establecer las sensaciones y comportamientos observados por el profesional en el paciente.
- Describir el tipo de sensaciones derivadas de la percepción de los aparatos odontológicos.

## **2.METODO**

### **2.1. TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo

### **2.2. UNIVERSO**

257 pacientes del hospital Julio Manrique de Sibaté, que presentaban como diagnóstico esquizofrenia.

### **2.3. MUESTRA.**

Se diseño una muestra por conveniencia, utilizando el 20% del total del universo como proporción y distribuida por compromiso en los 5 grupos de esquizofrenia así:

Reparto de la muestra

<b>TIPO DE ESQUIZOFRENIA</b>	<b>No</b>	<b>20%</b>
<b>Desorganizado</b>	13	5
<b>Catatonico</b>	4	4
<b>Indiferenciado</b>	49	10
<b>Residual</b>	108	20
<b>Paranoide</b>	54	10
<b>Otros</b>	29	6
<b>Total</b>	257	55

#### 2.4. VARIABLES

\*Tipo de asistencia a la consulta odontológica

\*Tipo de información que el paciente tiene sobre el tratamiento

\*Tipo de actitud ante la asistencia a la consulta odontológica.

\*Predilección del paciente por el género del profesional.

\*Tipo de sensaciones descritas por el paciente.

\*Tipo de preferencia con relación al tratamiento

\*Tipo de sensaciones y comportamientos observadas por el profesional en el paciente.

\*Tipo de sensaciones derivadas de la percepción de los aparatos odontológicos

## 2.5. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este efecto se realizaron dos encuestas; la primera que constaba de 10 preguntas dirigidas a los pacientes. (anexo 1) La segunda compuesta de 4 preguntas que fueron resueltas por el profesional durante la consulta.(anexo 2).



### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Tipo de asistencia a la consulta odontológica : (Gráfica 1)

La asistencia fué voluntaria en un 44% y no lo fué en un 56%, distribuida así:

	SI	NO
Paranoide	60%	40%
Residual	45%	55%
Desorganizado	20%	80%
Indiferenciado	50%	50%
Catatónico	0%	100%
Otros	50%	50%
TOTAL	44%	56%

### 3.2 Tipo de información que el paciente tiene sobre el tratamiento odontológico: ( Gráfica 2 y 3)

Los pacientes si saben por qué van a consulta odontológica en un 68% y no lo saben en un 32%, distribuidos así:

	SI	NO
Paranoide	90%	10%
Residual	70%	30%
Desorganizada	20%	80%
Catatónico	0%	100%
Otros	67%	33%
<b>TOTAL</b>	<b>68%</b>	<b>32%</b>

Los pacientes saben que es lo que le van ha realizar durante la consulta odontológica en un 69% y no lo saben en un 31%, distribuido así:

	SI	NO
Paranoide	90%	10%
Residual	80%	20%
Desorganizado	20%	80%
Indiferenciado	70%	30%
Catatónico	0%	100%
Otros	83%	17%
<b>TOTAL</b>	<b>69%</b>	<b>31%</b>

### 3.3 Tipo de actitud ante la asistencia a la consulta odontológica:

(Gráfica 4 y 5)

A un 64% de los pacientes les gusta asistir a la consulta odontológica y a un 36% no, distribuido así:

	SI	NO
Paranoide	80%	20%
Residual	80%	20%
Desorganizado	20%	80%
Indiferenciado	60%	40%
Catatónico	0%	100%
Otros	50%	50%
TOTAL	64%	36%

Los pacientes sienten miedo de estar en consulta odontológica en un 36%, y no en un 64%, distribuido así:

	SI	NO
Paranoide	40%	60%
Residual	30%	70%
Desorganizado	40%	60%
Indiferenciado	40%	60%
Catatónico	50%	50%
Otros	33%	67%
TOTAL	36%	64%

### 3.4 Predilección del paciente por el género del profesional: ( Gráfica 6)

Los pacientes prefieren ser atendidos por un odontólogo en un 25%, por una odontóloga en un 15% y les es indiferente en un 60%, distribuido así:

	Odontólogo	Odontóloga	Indiferente
Paranoide	30%	0%	70%
Residual	15%	20%	65%
Desorganizado	20%	20%	60%
Indiferenciado	10%	10%	80%
Catatónico	50%	25%	25%
Otros	66%	17%	17%
TOTAL	25%	15%	60%

### 3.5 Tipo de sensaciones descritas por el paciente: (Gráfica 7 , 8 y 9)

Un 24% de los pacientes creen que se les causará daño y un 76% no, distribuido así:

	SI	NO
Paranoide	10%	90%
Residual	20%	80%
Desorganizado	20%	80%
Indiferenciado	10%	90%
Catatónico	100%	0%
Otros	33%	67%
TOTAL	24%	76%

A los pacientes les agrada estar en el consultorio odontológico en un 60% y no en un 40%, distribuido así:

	SI	NO
Paranoide	80%	20%
Residual	60%	40%
Desorganizado	20%	80%
Indiferenciado	80%	20%
Catatónico	0%	100%
Otros	67%	33%
TOTAL	60%	40%

A los pacientes durante la consulta odontológica no les gusta en un 5% el olor, un 5% la luz, un 8% la silla, a un 51% el ruido y a un 31% otras cosas del consultorio, distribuido así:

	Olor	Luz	Silla	Ruido	Otros
Paranoide	10%	0%	20%	70%	0%
Residual	5%	10%	5%	45%	35%
Desorganizado	0%	0%	0%	60%	40%
Indiferenciado	0%	0%	10%	60%	30%
Catatónico	0%	0%	0%	50%	50%
Otros	17%	17%	0%	17%	49%
TOTAL	5%	5%	8%	51%	31%

### 3.6 Tipo de preferencia con relación al tratamiento. ( Gráfica 10)

El 58% de los pacientes prefieren que se les realice extracción dental cuando sienten dolor, el 38% que se les realice el tratamiento indicado y un 4% prefiere que no se les realiza nada, distribuido así:

	Sacarlo	Arreglarlo	Nada
Paranoide	60%	40%	0%
Residual	70%	25%	5%
Desorganizado	60%	40%	0%
Indiferenciado	40%	60%	0%
Catatónico	50%	25%	25%
Otros	49%	33%	17%
<b>TOTAL</b>	<b>58%</b>	<b>38%</b>	<b>4%</b>

**3.7 Tipo de sensaciones y comportamiento observadas por el profesional en el paciente. ( Gráfica 11, 12 y 13)**

El 16% de los pacientes al inicio del tratamiento se encuentran asustados, el 49% se encuentran tranquilos y un 35% inquietos, distribuidos así:

	Asustado	Tranquilo	Inquieto
Paranoide	10%	50%	40%
Residual	40%	60%	0%
Desorganizado	0%	20%	80%
Indiferenciado	0%	60%	40%
Catatónico	0%	25%	75%
Otros	0%	33%	67%
TOTAL	16%	49%	35%

EL 89% de los pacientes permiten que se les realice el tratamiento y el 11% no, distribuido así:

	SI	NO
Paranoide	100%	0%
Residual	95%	5%
Desorganizado	100%	0%
Indiferenciado	90%	10%
Catatónico	20%	80%
Otros	83%	17%
TOTAL	89%	11%

Los pacientes presentaron durante el tratamiento en un 22% una actitud agresiva, un 18% negativa y 60% pasiva, distribuida así:

	Agresiva	Negativa	Pasiva
Paranoide	0%	10%	90%
Residual	0%	15%	85%
Desorganizada	0%	40%	60%
Indiferenciada	10%	0%	90%
Catatónico	75%	25%	0%
Otros	0%	33%	67%
TOTAL	22%	18%	60%

### 3.8 Tipo de sanciones derivadas de la percepción de los aparatos odontológicos. ( Gráfica 14)

Los aparatos odontológicos producen a los pacientes en un 52% miedo, un 18% fastidio y a un 30% nada, distribuido así:

	Miedo	Fastidio	Nada
Paranoide	50%	30%	20%
Residual	50%	5%	45%
Desorganizado	80%	0%	20%
Indiferenciado	40%	30%	30%
Catatónico	75%	25%	0%
Otros	50%	17%	33%
TOTAL	52%	18%	30%

#### **4. DISCUSIÓN**

Los pacientes esquizofrénicos presentan mayor ansiedad, angustia y temor que una persona normal, por esto, a pesar de que ellos en gran parte saben a que asisten y que se les va ha realizar en el consultorio odontológico, no van voluntariamente; por el contrario los pacientes de tipo catatónico y desorganizado, debido a su grado de enfermedad, no saben a que y por que asisten al consultorio y por esto tampoco van voluntariamente.

Gran parte de los pacientes esquizofrénicos que asistieron a la consulta a pesar de no hacerlo voluntariamente les agradaba asistir a excepción de los pacientes catatónicos y desorganizados que por su condición y su marcada patología no les gustaba asistir y sentían miedo de estar en el consultorio.

A la mayoría de los pacientes esquizofrénicos les es indiferente el género del profesional por quien son atendidos.

A la gran parte de los pacientes esquizofrénicos lo que más les molesta de la consulta odontológica es el ruido de los aparatos, seguido otras cosas como los implementos utilizados por el odontólogo (Visor, Gorro, Tapabocas, Guantes) la silla, el olor y la luz del Consultorio molestan mucho menos a los pacientes.

La mayoría de los pacientes esquizofrénicos prefieren que se les realiza extracción dental pero aunque, ellos no tienen conocimiento sobre los posibles tratamientos algunos, prefieren el tratamiento indicado, tan solo unos pocos prefieren que no se les realice nada.

El Odontólogo durante la consulta pudo observar que los pacientes esquizofrénicos en su gran mayoría se encontraban tranquilos al inicio del tratamiento y permitían su realización a excepción de los del tipo catatónico y desorganizado que se encontraban inquietos y por tal motivo fue muy difícil realizarles el tratamiento ya que no lo permitían.

## **5. CONCLUSIONES**

Los pacientes esquizofrénicos en su mayoría no van voluntariamente a la consulta odontológica, pero saben por que y a que asisten al consultorio odontológico.

A la mayoría de los pacientes esquizofrénicos les es indiferentes el genero del profesional por quien son atendidos.

Los pacientes esquizofrénicos presentan mayor temor y ansiedad que una persona normal, por esto el profesional debe tener especial cuidado en su atención y conocer su enfermedad, sensaciones y comportamientos.

Los pacientes esquizofrénicos del tipo catatónico y desorganizado no permiten la realización del tratamiento, sienten miedo de estar en el consultorio y presentan una actitud agresiva los del tipo catatónico.

## **6. RECOMENDACIONES**

Los investigadores recomiendan realizar un protocolo de manejo odontológico para estos pacientes esquizofrénicos según su clasificación ya que ellos requieren un tipo de atención diferente en donde el profesional comprenda y entienda su actitud y enfermedad.

## ANEXOS



**Encuesta para el paciente esquizofrenico**

1. Vino ud. voluntariamente a consulta odontologica?

Si  No

2. Sabe ud. por qué vino a consulta odontologica?

Si  No

3. Sabe ud. que le van ha realizar durante la consulta odontológica?

Si  No

4. Le gusta asistir a consulta odontológica?

Si  No

5. Siente miedo de estar en consulta odontológica?

Si  No

6. Quién prefiere ud. que le realice el tratamiento?

Odontólogo

Odontóloga

7. Cree ud. que le van a hacer daño?

Si  No

8. Le agrada a ud. estar en el consultorio odontológico ?

Si  No

9. Qué es lo que nó le gusta de la consulta odontológica?

Olor

Luz

Silla

Ruido de los equipos

10. Qué tratamiento prefiere cuando le duele un diente.?

Sacarlo

Arreglarlo

No realizarle nada

Encuesta para el profesional

Qué tipo de esquizofrenia presenta el paciente?

- Paranoide
- Residual
- Desorganizada
- Catatónica
- Indiferenciado
- Otra

1. Como se encuentra el paciente al inicio del tratamiento?

- Asustado
- Tranquilo
- Inquieto

2. El paciente permite la realización del tratamiento?

- Sí  No

3. Qué actitud presenta el paciente durante el tratamiento?

- Agresiva
- Negativa
- Pasivo

4. Qué sensación producen los aparatos odontológicos al paciente?

- Miedo  Fastidio  Nada

Porcentaje de respuestas del sondeo a pacientes esquizofrénicos según preguntas de la encuesta no 1

**GRAFICO 1**

**1. Vino ud. voluntariamente a consulta odontológica?**

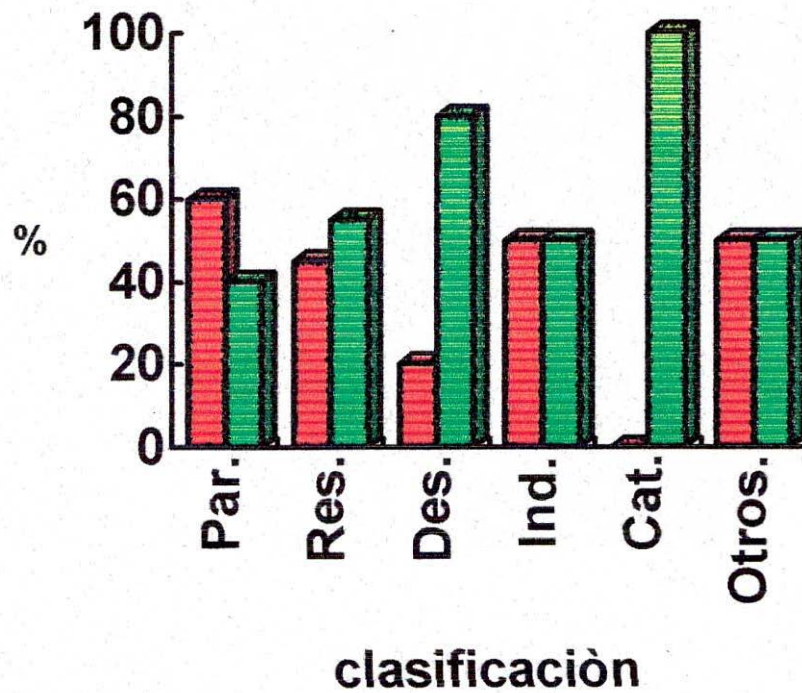


GRAFICO 2

2. Sabe ud. por qué vino a consulta odontológica?

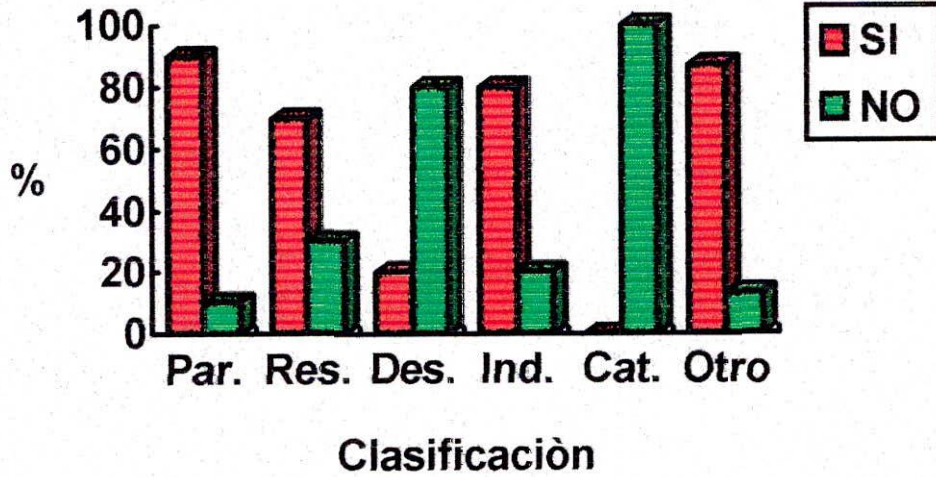


GRAFICO 3

3. Sabe ud. que le van a realizar durante la consulta odontológica?

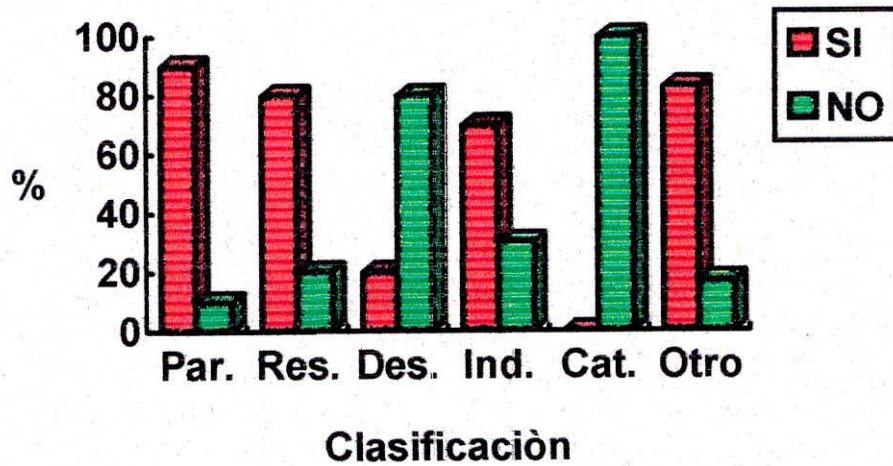


GRAFICO 4

4. Le gusta asistir a consulta odontológica?

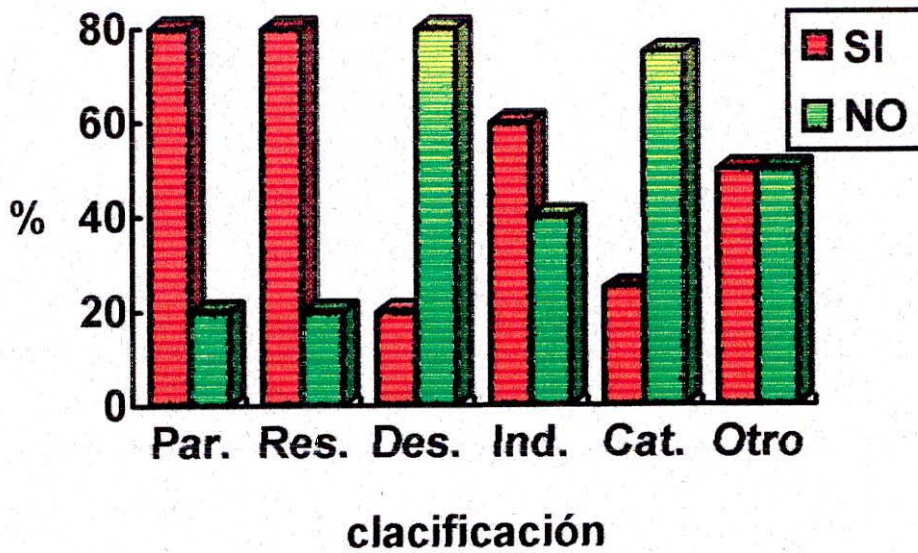
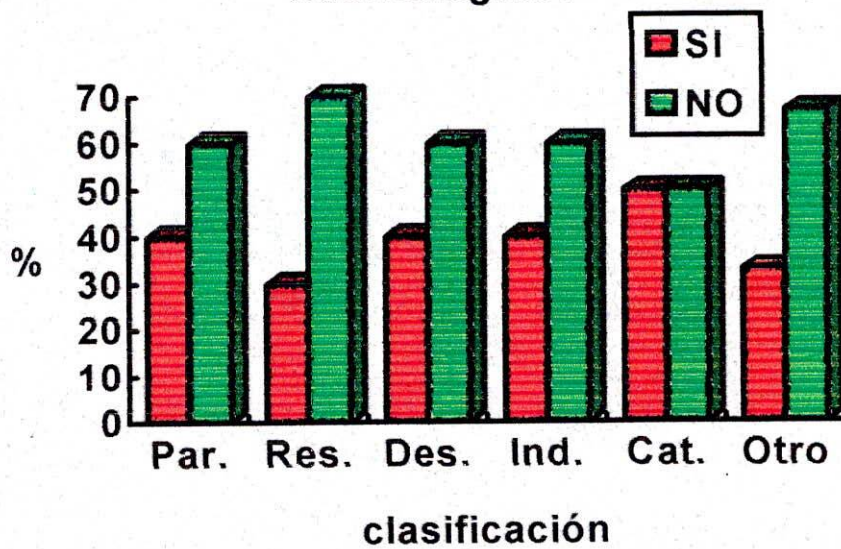


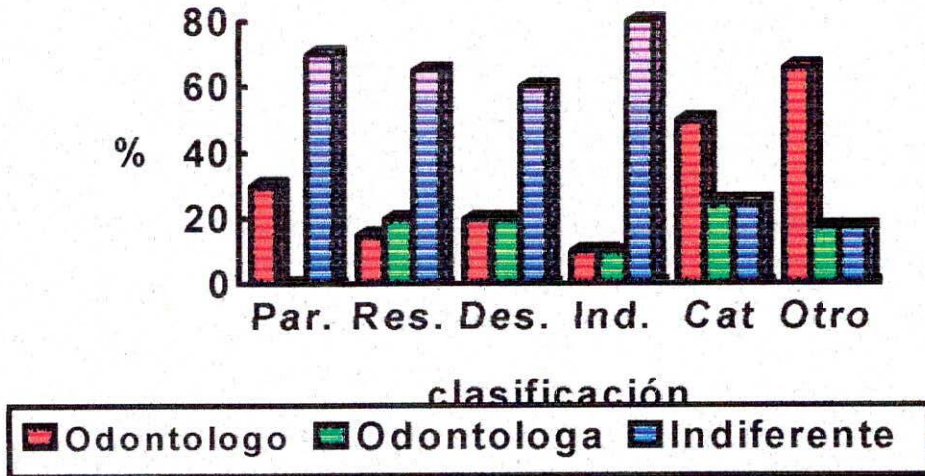
GRAFICO 5

5. Siente miedo de estar en consulta odontológica?



**GRAFICA .6**

**6. Quién prefiere ud. que le realice el tratamiento?**



**GRAFICO 7**

**7. Cree ud. que le van a hacer daño?**

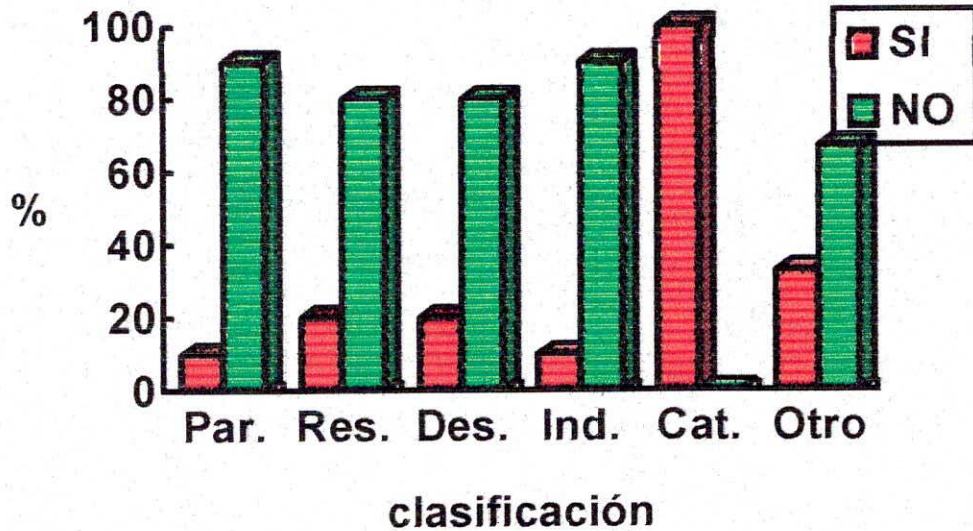


GRAFICO 8

8. Le agrada a ud. estar en el consultorio odontológico?

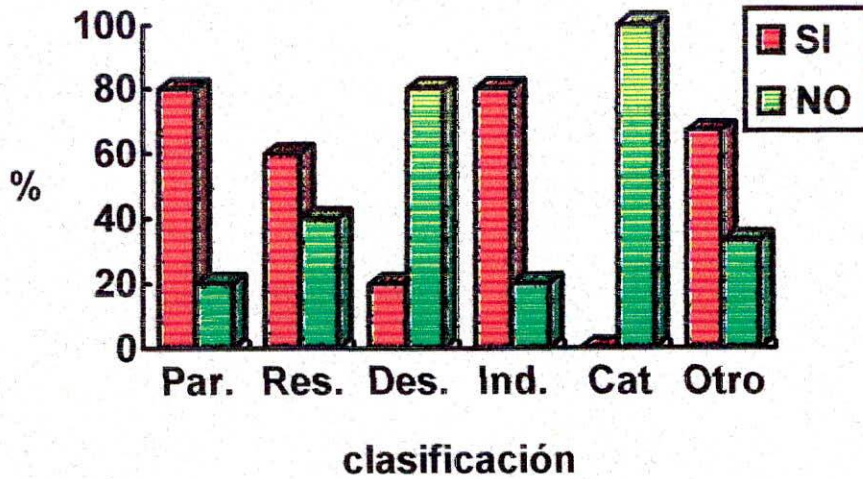


GRAFICO 9

9. Qué es lo que no le gusta de la consulta odontológica?

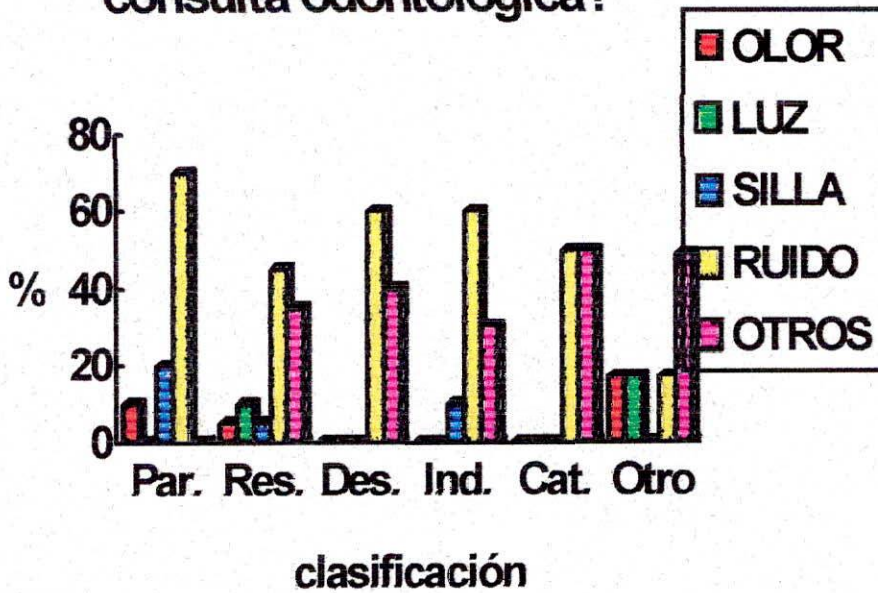
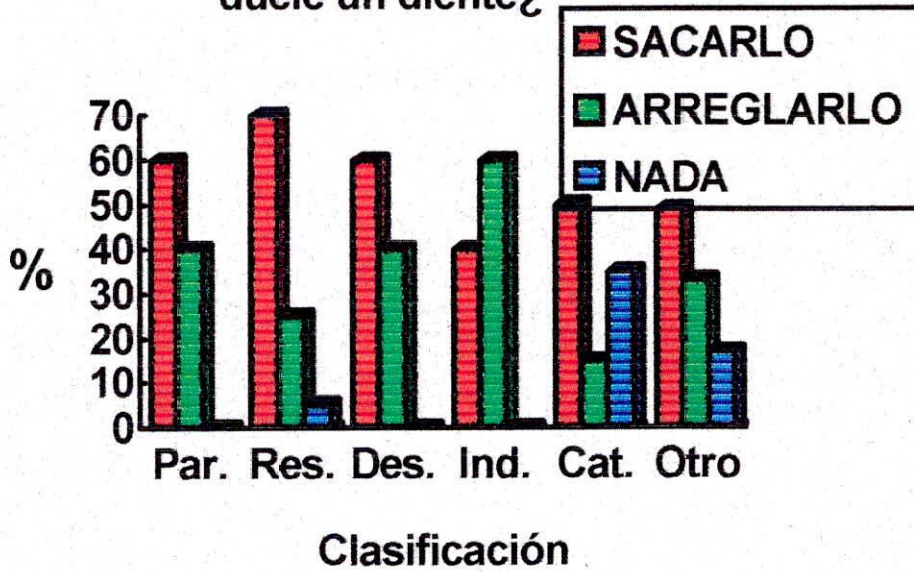


GRAFICO 10

10. Qué tratamiento prefiere cuando le duele un diente?



Porcentaje de respuestas al sondeo a pacientes esquizofrénicos según preguntas de la encuesta No 2

**GRAFICA 11**

**1. Cómo se encuentra el paciente al inicio del tratamiento?**

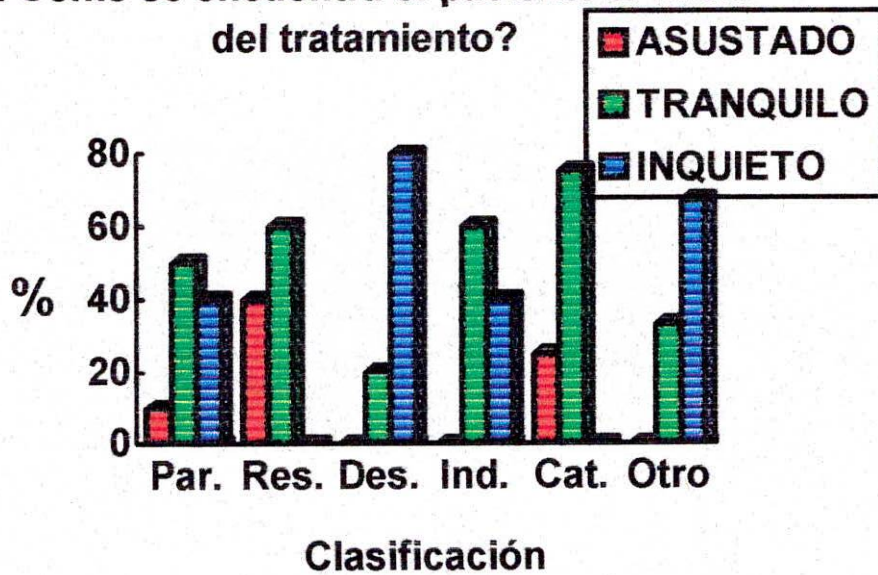


GRAFICO 12

2. El paciente permite la realización del tratamiento?

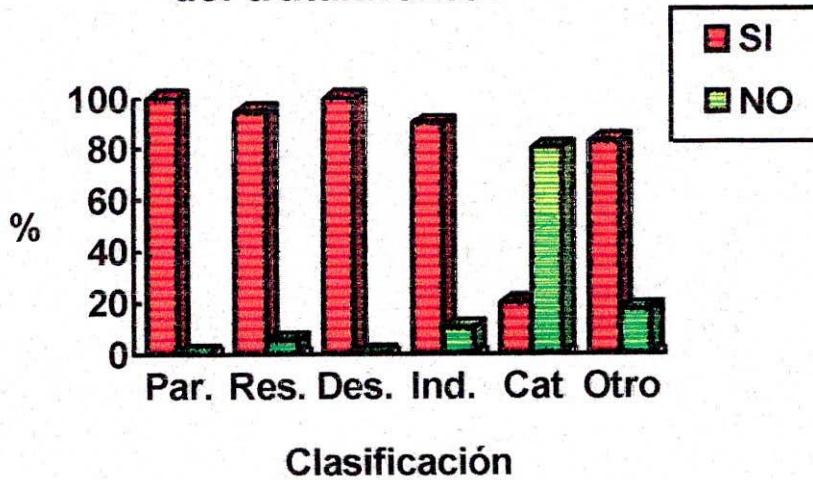


GRAFICO 13

3. Qué actitud presenta el paciente durante el tratamiento?

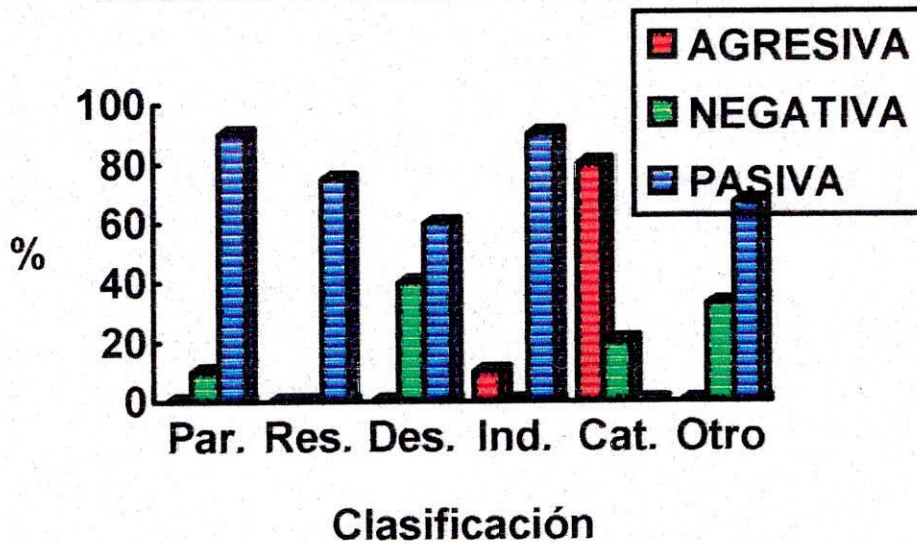
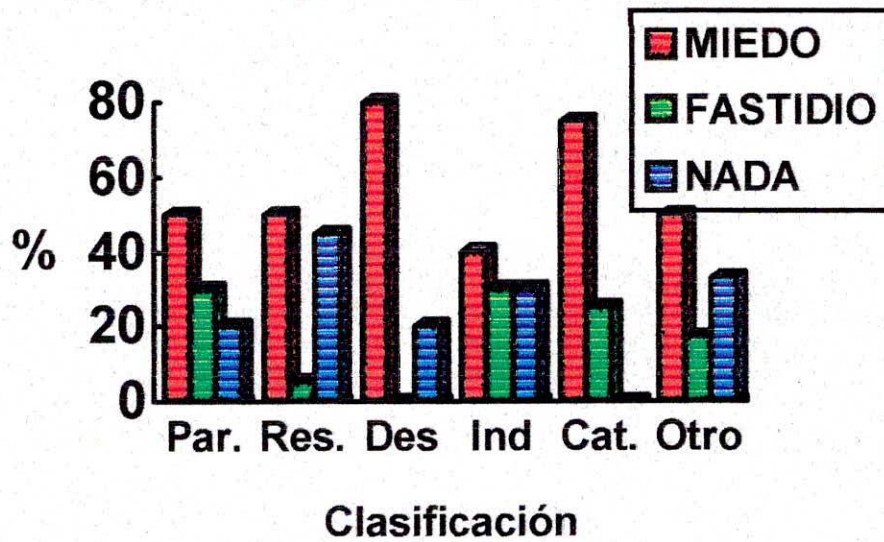


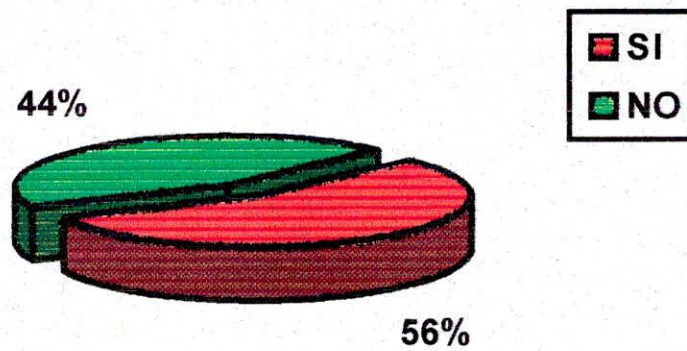
GRAFICO 14

4. Qué sensación producen los aparatos odontológicos al paciente?

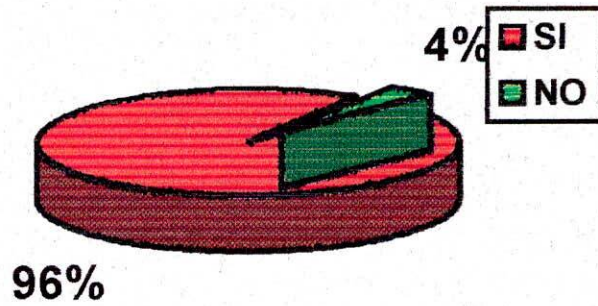


porcentaje total de respuestas del sondeo a pacientes esquizofrenicos según preguntas de la encuesta No. 2

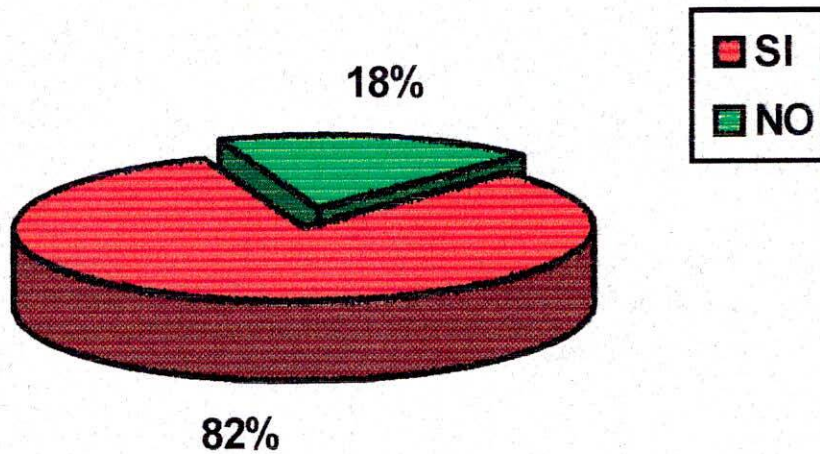
**1.Vino ud. voluntariamente a consulta odontológica?**



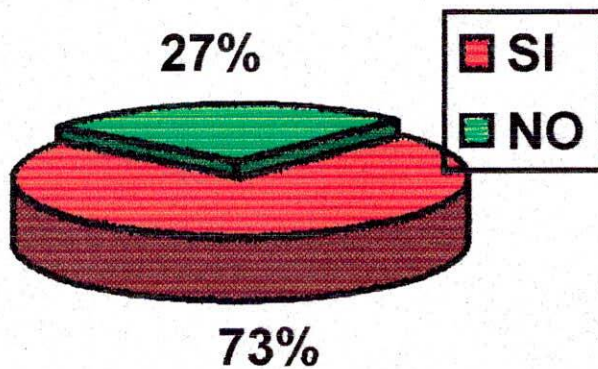
**2. Sabe ud. por qué vino a consulta odontológica?**



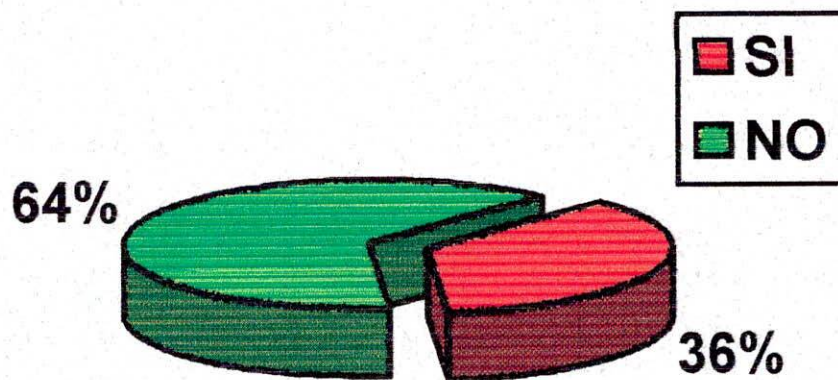
**3. Sabe ud. que le van a realizar durante la consulta odontológica?**



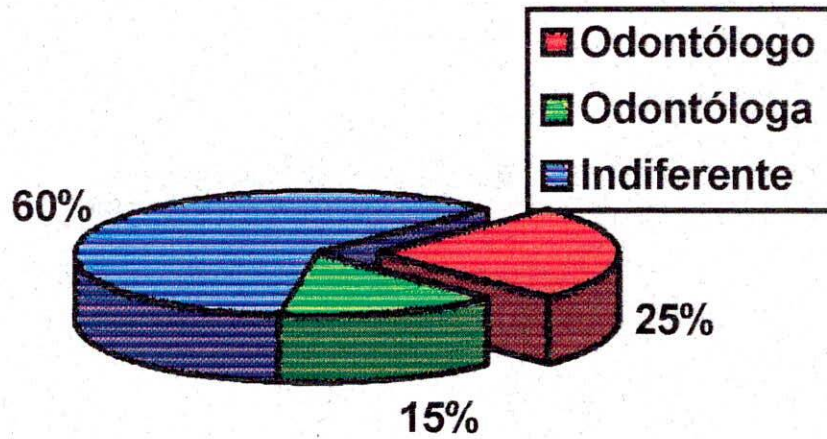
4. Le gusta asistir a consulta odontológica?



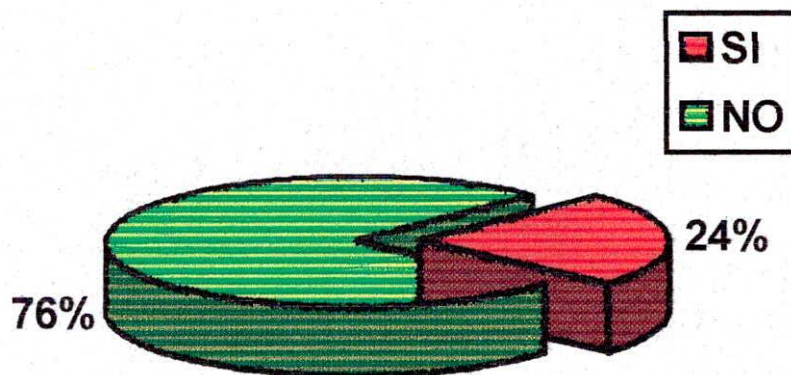
5. Siente miedo de estar en consulta odontológica?



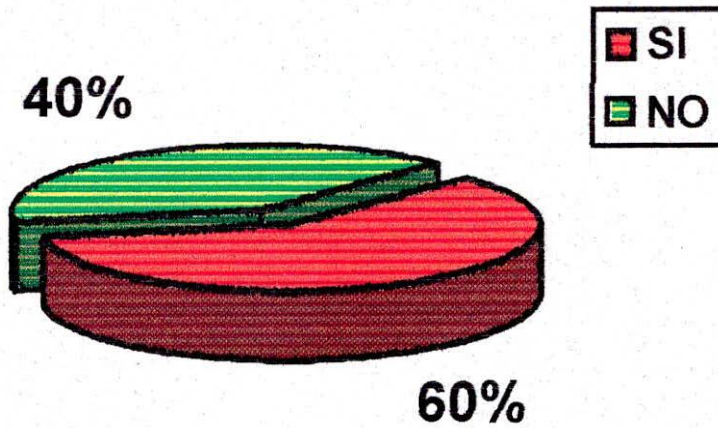
6. Quién prefiere ud. que le realice el tratamiento?



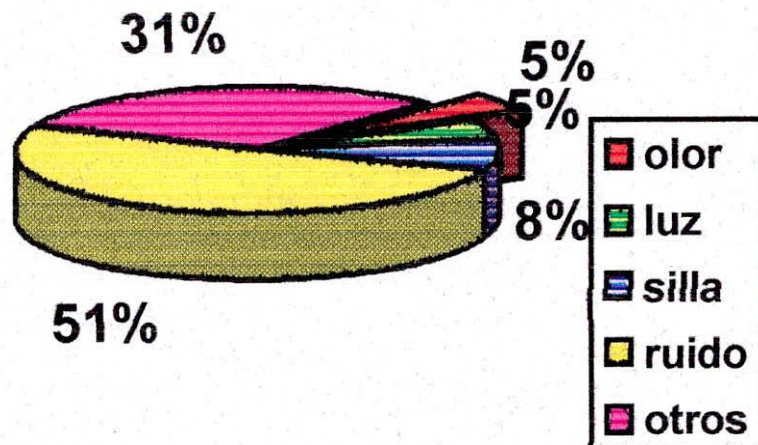
7. Cree ud. que le van a hacer daño?



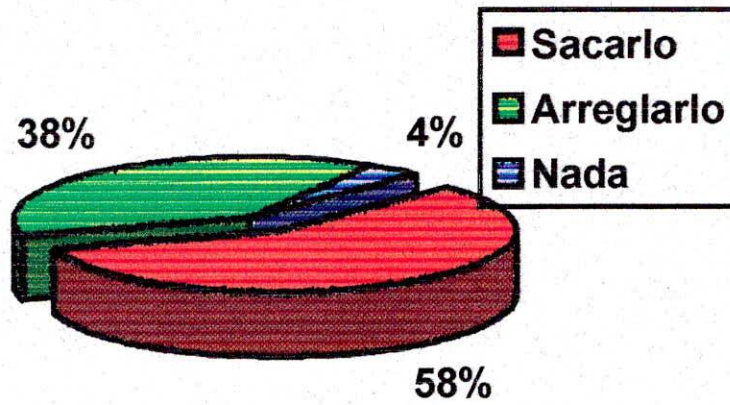
8. Le agrada a ud. estar en el consultorio odontológico?



9. Que es lo que nó le gusta de la consulta odontológica?

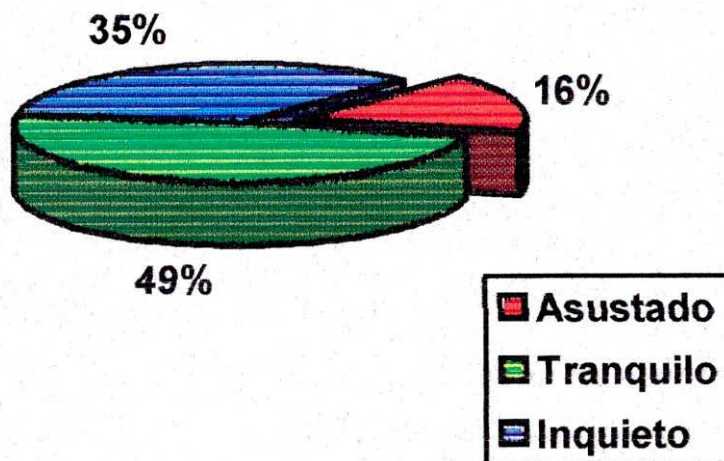


**10. Qué tratamiento prefiere cuando le duele un diente?**

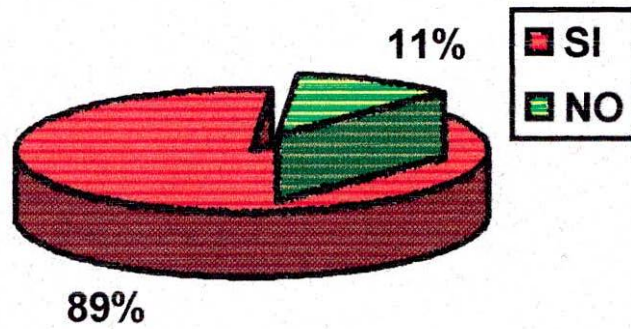


Porcentaje total de respuestas al sondeo a pacientes esquizofrénicos según preguntas de la encuesta No 2

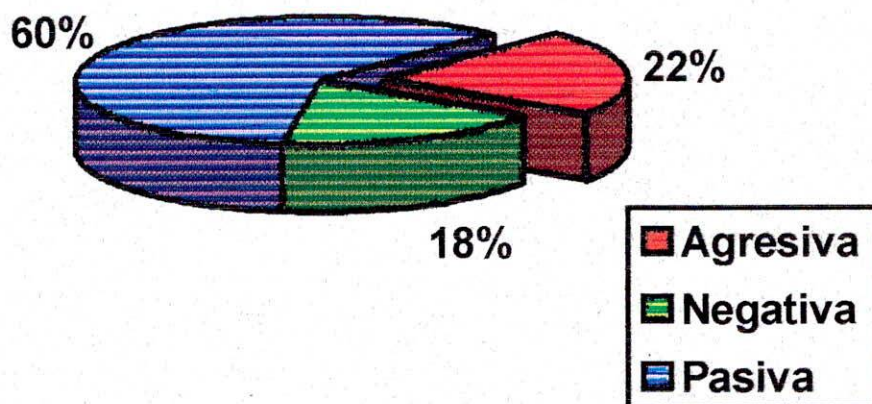
**1. Como se encuentra el paciente al inicio del tratamiento?**



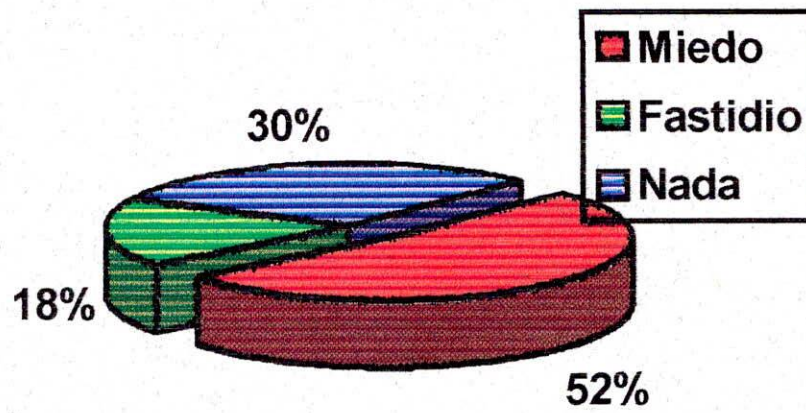
**2.El paciente permite la realización del tratamiento?**



**3. Qué actitud presenta el paciente durante el tratamiento?**



#### 4. Qué sensación producen los aparatos odontológicos al paciente?



## BIBLIOGRAFÍA

BELLAK, L. "ESQUIZOFRENIA REVISION DEL SINDROME). EDITORIAL  
HERDER, BARCELONA 1963 PAG 1197

GOLOMAN, H. "PSIQUIATRIA GENERAL" TERCERA EDICION EDITORIAL  
EL MANUAL MODERNO. PAG.329

RUIZ, J.M. "ESQUIZIFRENIA UN ENFOQUE CONGNOTIVO" EDITORIAL  
ALIANZA. MARID 1987 PAG 329

DSM,IV 1995