

Psiquiatría en la comunidad

y

neurolépticos de acción prolongada

Oscar Martínez Azumendi

Psiquiatría en la comunidad y neurolépticos de acción prolongada

INDICE

1. PSIQUIATRIA EN LA COMUNIDAD	2
1.1 Breve introducción y encuadre histórico.....	2
1.2 Concepto de Psiquiatría comunitaria.....	4
1.3 Recursos en salud mental comunitaria.....	7
1.4 Rehabilitación psicosocial.....	12
1.5 El lugar de los psicofármacos.....	13
2. NEUROLÉPTICOS DE ACCION PROLONGADA	15
2.1 Introducción histórica.....	15
2.2 El incumplimiento del tratamiento.....	22
2.3 Formulaciones de liberación sostenida.....	25
2.4 Evidencias, indicaciones y utilización.....	29
2.5 Actitudes y expectativas.....	40
2.6 Aspectos éticos y derechos individuales.....	42
2.7 Pautas de tratamiento.....	47
2.8 Biperideno.....	54
3. ZONAS Y TÉCNICAS DE INYECCIÓN	55
3.1 Zonas de inyección.....	55
3.2 Reacciones locales.....	58
3.3 Técnicas de inyección.....	60
4. LA “CLINICA DEPOT”	69
4.1 Suministro y supervisión del tratamiento farmacológico.....	70
4.2 Potenciación de la adhesión.....	72
4.3 Prevención de los abandonos.....	74
4.4 Valoración de efectos secundarios y estado psicopatológico.....	76
4.5 Intervenciones y tratamientos psicosociales.....	78
4.6 Otros abordajes sociales.....	81
4.7 Ampliación de funciones y objetivos clínicos.....	82
5. ANEXOS	84
I. INFORMACION PARA EL PACIENTE	85
II. EJEMPLO DE PROTOCOLO DE ACTUACION BASICA PARA UNA “CLINICA DEPOT”.....	87
a) Objetivos generales.....	87
b) Necesidades de tiempos.....	88
c) Citación y seguimiento de los pacientes.....	90
d) Suministro de la medicación.....	95
e) Técnica de inyección.....	96
f) Controles analíticos y seguimiento de efectos secundarios.....	96
g) Información estadística.....	98
III. ESCALAS DE VALORACION GENERAL Y EVOLUCION DEL PACIENTE	100
Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)	100
Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).....	101
Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)	103
Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales).....	110
Escala de efectos secundarios UKU (Udvalg für Kliniske Undersogelser).....	115
Escala de Movimientos Involuntarios Anormales (Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS).....	118
6. BIBLIOGRAFIA	120

1. PSIQUIATRIA EN LA COMUNIDAD

1.1 Breve introducción y encuadre histórico.

La psiquiatría ha sido una de las últimas especialidades a incorporarse al campo general de la medicina. Hasta ese momento la enfermedad mental no era considerada como tal, sino más bien como objeto y fenómeno del que se ocupaban la filosofía, religión o la medicina solo desde una posición tangencial. Esta situación es fácilmente entendible en la medida que las enfermedades de la mente siempre han sido consideradas como difíciles de entender, explicar y por supuesto de tratar, lo que en muchas ocasiones llevaba aparejado para el propio enfermo el alejamiento de su entorno habitual.

Es bajo el aliento intelectual de la Ilustración, a finales del siglo XVIII, cuando podemos considerar que la psiquiatría aparece como tal, hermanada con el resto de especialidades médicas. Señalaremos a tres hombres como pioneros de la nueva actitud frente al enfermo mental: Chiarugi en Florencia, Tuke en Inglaterra y Pinel en París. Considerando a Pinel como artífice de lo que se vendrá a llamar la primera revolución psiquiátrica, su enfoque científico de la psiquiatría como rama de la medicina queda matizado por connotaciones fuertemente humanísticas en su pensamiento.

A lo largo del siglo XIX el enfoque moral dominante va dando paso a otras concepciones originadas en la posible etiología de la enfermedad y en el entronque de la psiquiatría como una más de las especialidades médicas. La falta de éxitos terapéuticos, la masificación institucional, la pobreza de recursos

económicos, la interpretación errónea de la teoría de la evolución, las contradicciones del capitalismo y movimientos revolucionarios, son algunas de las causas del deterioro y maltrato asistencial al que se someten los pacientes acogidos en los manicomios. A pesar del innegable ánimo terapéutico de muchos de sus médicos, el enfermo mental, que pasó a ser considerado en cuanto organismo disfuncionante sintomático, queda encerrado en macroinstituciones manicomiales a la vez que es sometido a una dura disciplina, ante la impotencia sentida frente a su difícil curación. El progreso y la ciencia toman el relevo del lugar anteriormente ocupado por la religión, condenando de nuevo al enfermo mental al ostracismo a través de la institucionalización sin apenas esperanza de retorno a su comunidad de pertenencia.

Aportaciones importantes de este tiempo fueron los trabajos de Esquirol (1772-1840), así como otra dilatada suma de autores franceses que dirigieron sus trabajos hacia la clasificación y descripción clínica de los síndromes mentales. Junto a ellos, los alemanes inmersos en la filosofía romántica y los pragmáticos ingleses, fueron sentando las bases de la psiquiatría científica actual. A partir de este periodo, vemos aparecer diferentes escuelas y posturas ideológicas frente al hecho del enfermar mental. Notables avances en su abordaje y tratamiento aparecen hace relativamente poco, tanto desde perspectivas biológicas como psicológicas. Pero su descripción y enumeración salen evidentemente del objeto de este trabajo.

1.2 Concepto de Psiquiatría comunitaria.

Con el tiempo, y de una forma parecida a lo ocurrido con el resto de la medicina¹, los factores ambientales y sociales van adquiriendo una progresiva importancia en la génesis de la enfermedad mental. De esta forma aparecen, por ejemplo, estudios focalizados sobre fenómenos sociales tales como la industrialización y la emigración en relación con la salud mental. En 1917 el americano Southand nombra el término "psiquiatría social" como una nueva especialidad, aunque habrá que esperar hasta el término de la II Guerra Mundial para asistir al nacimiento de los primeros esbozos de la llamada Psiquiatría Comunitaria, tal y como empieza a reflejarse en el Congreso Internacional de Salud Mental en 1948². Desgraciadamente, como en otras áreas de la ciencia, la guerra también obliga a buscar respuestas frente al gran número de personas que aquejan psíquicamente sus secuelas. Igualmente importante para el desarrollo de los nuevos puntos de vista psiquiátricos, es el auge y valoración social que a lo largo de occidente toma el pensamiento democrático. Como cabía esperar, esta filosofía también llega a las instituciones mentales. Diversos cambios van tomando cuerpo a lo largo de la geografía, como los promovidos por las experiencias de Maxwell Jones en Inglaterra y el Movimiento de Psicoterapia Institucional francés en relación con el hospital psiquiátrico, y la Psiquiatría de Sector francesa y Centros de Salud Mental americanos en el ámbito extrahospitalario.

Considerada por algunos como la 3ª revolución psiquiátrica³, intentar definir lo que subyace bajo el concepto de Psiquiatría Comunitaria puede ser difícil y en ocasiones contradictorio dependiendo de la postura desde la que lo

hagamos. De cualquier forma, podríamos convenir que la idea aglutinante sería el traspaso de la responsabilidad asistencial desde el hospital psiquiátrico a instituciones ancladas en la comunidad de origen del paciente. Hospital psiquiátrico y comunidad, quizás de una forma un tanto sobresimplificada, pero no por ello muy alejada de la realidad, podemos asegurar que en torno a estas dos palabras se ha centrado el debate asistencial. Tras el apogeo de la institución manicomial, el cambio hacia perspectivas extrahospitalarias no podemos relacionarlo meramente con el adelanto en técnicas de tratamiento. Aunque la aparición de la psicofarmacología moderna supuso un nuevo hito asistencial a partir de la 2ª mitad del siglo XX, sin duda otros factores también han jugado un papel decisivo para el desarrollo de las orientaciones comunitarias. Por una parte, se alzó la voz de alarma frente al deterioro hospitalario desde sectores progresistas, mientras el público tomaba conciencia progresiva de ello. Por otra, consideraciones económicas señalaban el enorme gasto que los hospitales conllevan.

Caplan⁴, a principios de los años sesenta, extiende el concepto de psiquiatría preventiva (primaria, secundaria y terciaria) incluyendo el interés por todos los sectores de población y todos los factores etiológicos y de tratamiento (sociales, físicos y psicológicos), ampliando, además, la responsabilidad del cuidado y promoción de la salud mental más allá de los estrechos límites de la psiquiatría.

Algunas características de la asistencia comunitaria se recogen en la Tabla 1.

- Traspaso de la preponderancia de los encuadres hospitalarios a entornos más cercanos al domicilio del paciente.
- Corrientes desinstitucionalizadoras y evitación en lo posible de la nueva institucionalización.
- Area de captación delimitada (sectorización).
- Accesibilidad.
- Importancia del concepto de prevención.
- Servicio asistencial completo. Incluyendo estructuras tanto hospitalarias como ambulatorias, con carácter de tratamiento y rehabilitación.
- Continuidad de la asistencia. Con la necesaria coordinación entre los diversos niveles asistenciales.
- Trabajo en equipo multidisciplinar.
- Participación de la comunidad. Tanto en la planificación, como en la oferta de recursos de apoyo y reinserción.
- Asesoramiento y colaboración con otras instituciones (sanitarias, educativas o sociales).
- Investigación.
- Evaluación.

Tabla 1. Características del enfoque comunitario en salud mental.

En el caso de los enfermos más graves, la integración y desarrollo de este tipo de programas y servicios, buscaría generalmente que el paciente sea ingresado por un más breve período de tiempo así como un apoyo más intenso en su reincorporación a la comunidad⁵. Reconociendo que gran número de sus incapacidades van más allá de la sintomatología mas evidente⁶⁻⁷⁻⁸, el apoyo y tratamiento ya no puede ser competencia exclusiva del psiquiatra y pasa a depender igualmente de otros colectivos técnicos⁹, dando lugar a la aparición del "equipo terapéutico" que deberá enfrentar nuevas dificultades en sí mismo¹⁰.

A medida que los hospitales descienden su número de camas, se necesitan desarrollar paralelamente otros recursos asistenciales en la comunidad que intenten frenar los ingresos a la vez que desinstitucionalizar el mayor número de pacientes. Desde entonces la polémica está servida,

alzándose la voz de unos y otros para defender o rebatir el sistema¹¹. De cualquier forma, podemos estar de acuerdo en que las fechas eventualmente programadas para cerrar determinado hospital no debieran tener como única finalidad el acabar con él, sino para entonces haber desarrollado una extensa red extrahospitalaria que lo haga obsoleto. La actitud mas adecuada se encontraría no en ir contra las hospitalizaciones en sí mismas, sino a favor de cuidados comunitarios lo más amplios y completos posible¹². Con la experiencia ganada hasta el momento, una reciente revisión Cochrane acerca de los equipos comunitarios para personas con enfermedades mentales graves concluye: *“el tratamiento con equipos comunitarios de salud mental no es inferior a la asistencia convencional prestada sin estos equipos en sus aspectos mas importantes y es superior en cuanto a la promoción de una mayor aceptación del tratamiento. También puede ser superior en la reducción de las tasas de ingreso en los hospitales y al evitar las muertes por suicidio”*¹³. Por otra parte, cuando la desinstitucionalización está suficientemente planificada y gestionada, tanto los resultados clínicos como los costes económicos asociados sugieren que los cuidados basados en la comunidad tienen un menor coste-eficacia que los cuidados de larga estancia hospitalaria¹⁴.

1.3 Recursos en salud mental comunitaria.

Con el paso del tiempo, asistimos a la redefinición y consolidación de lo que en la actualidad consideramos piedras angulares del cuidado en salud mental:

a) *Servicios de hospitalización*: Como hemos dicho, ha existido una tendencia global en los países desarrollados a la disminución del número de camas psiquiátricas. En un primer momento se pensó que con el desarrollo de servicios ambulatorios se contemplaría incluso su desaparición, con objetivos menos ambiciosos se recomiendan en la actualidad ingresos mas breves como manera de prevenir los efectos secundarios de la propia hospitalización¹⁵ y no apartar al paciente de su propio medio. Esta tendencia señala la aparición del fenómeno de "puerta giratoria" en la medida de ser más numerosos los reingresos, proporcionalmente al tiempo que pasan fuera.

Las técnicas de tratamiento tienden a ser más activas y agresivas con un especial fundamento psicofarmacológico. La mezcla de tratamientos más biológicos, junto a un creciente temor a la estigmatización lleva a recomendar que las personas necesitadas de una hospitalización psiquiátrica lo hagan en departamentos integrados dentro de un hospital general¹⁶. En la actualidad, aún manteniéndose esta postura¹⁷, han surgido numerosas dificultades estructurales que no fueron suficientemente consideradas en un principio (diferentes necesidades de enfermería en pacientes somáticos y psíquicos, dificultades de manejo de pacientes agitados o confusos en el entorno del hospital general, riesgo suicidario de las alturas de las plantas de hospitalización, limitaciones impuestas por el propio entorno físico de una planta hospitalaria mas pensada para pacientes

encamados que para contener y ocupar el tiempo de un paciente psiquiátrico, etc).

b) Servicios ambulatorios: Nacidos con grandes expectativas y cargados de optimismo. De ellos se esperaba pudieran dar una respuesta amplia y en muchos casos suficiente al sufrimiento psicológico individual, así como asesorar y coordinarse con otros servicios sanitarios y sociales. Tras un primer momento de fuerte crecimiento y expansión, en la actualidad atravesamos un cierto estancamiento en los primeros ideales así como una cierta desmoralización en sus equipos. Qué duda cabe que tanto la falta de crecimiento e incluso recortes en los presupuestos económicos a ellos asignados, el imparable aumento de la demanda en relación con una multiplicidad de patologías anteriormente excluidas del campo asistencial psiquiátrico, así como la dificultad en conseguir los objetivos terapéuticos previstos en un principio, son causa principal de este estado. Sea como sea, los Centros de Salud Mental, son y deberán seguir siendo la base de cualquier servicio comunitario, necesitando ser dotados y protegidos suficientemente para el desarrollo de esta labor.

c) Hospitalización parcial: Se experimentó por primera vez en Moscú en 1933. En Inglaterra se utilizó ampliamente este recurso en las décadas de los 40 y 50. Sin duda es uno de los desarrollos que más han ayudado a mantener a los pacientes fuera del hospital. Con un carácter más terapéutico y como alternativa a una hospitalización en momentos de crisis (hospital de día), o bien más rehabilitadores y ofertando un apoyo social (centro de día), sus

funciones, objetivos y programas en muchos casos se solapan y no aparecen tan claros en muchas ocasiones¹⁸. Esto ha llevado incluso a propugnar una única referencia a ellos bajo el término "*cuidados de día*"¹⁹ como manera de planificar y combinar más adecuadamente los dos abordajes. En cualquier caso, cubren un área de la oferta asistencial en estos momentos insustituible.

- d) Otros servicios sanitarios y sociales: Bien pronto fue evidente la importancia del papel jugado por Atención Primaria en el mantenimiento y mejora de la salud mental de la población²⁰, aunque es evidente que la enfermedad mental grave no puede sostenerse en la comunidad únicamente a través del modelo médico tradicional. En estos casos es necesario además el concurso de toda otra serie de estructuras que apuntalen aspectos tales como vivienda, ocupación o tiempo libre a través de la orientación vocacional, trabajo protegido, residencias asistidas o actividades diversas. Todo ello integrado en una política activa de inserción, rehabilitación y apoyo a los sistemas naturales de apoyo del paciente como es la familia.

En la actualidad muy posiblemente se ha superado la dicotomía hospital-comunidad, proponiéndose un abordaje equilibrado entre los dos encuadres como base de la asistencia. El interés va más allá de si son los cuidados hospitalarios o comunitarios mejores unos que otros, para pasar a considerar que mezcla de estos ingredientes es más apropiada para un área geográfica concreta, en un momento determinado. Este modelo "equilibrado" requiere una dotación suficiente y extensiva de los recursos antes apuntados, además de la

suficiente flexibilidad para adaptarse a las cambiantes circunstancias del entorno, flexibilidad potencialmente mucho más ventajosa que la rigidez de los cuidados hospitalarios²¹. En la Tabla 2 se presenta el perfil básico de unos servicios equilibrados de salud mental.

Principales características de los servicios equilibrados de salud mental	Recursos y componentes de servicios de salud mental equilibrados	
	Básicos	Variaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Los Asilos se reemplazan por instalaciones menores. • El descenso en el numero de camas se enlentece, tras el descenso desinstitucionalizador previo. • Se reconoce progresivamente la importancia de la familia en términos de los cuidados que suministran, potencial terapéutico, carga soportada y como grupo de presión política. • Aumento de la inversión privada en tratamientos y cuidados. Interés del sector público en costo-efectividad y contención del gasto. • Mas plantilla con base en la comunidady énfasis en el trabajo en equipo multidisciplinar. • Aparición de la psiquiatría basada en pruebas en relación a los tratamientos farmacológicos, sociales y psicológicos. • Preocupación por el equilibrio entre el control de los pacientes y su independencia. 	1. Consultas de atención primaria y hospital general, consultas ambulatorias y servicios comunitarios móviles (incluidas visitas domiciliarias).	Servicios móviles para el tratamiento comunitario asertivo (incluyendo servicios de tarde y fin de semana). Servicios ambulatorios para trastornos específicos o para tratamientos especializados.
	2. Servicios de cuidados de día (incluyendo la rehabilitación ocupacional y vocacional).	Talleres protegidos. Puestos de trabajo supervisado. Trabajos en cooperativas. grupos de autoayuda y de afectados. Servicios de defensa. Cursos de formación. Programas de empleo tradicionales.
	3. Coordinación con otros servicios (sanitarios, sociales, no gubernamentales...).	<i>Servicios sanitarios:</i> Servicios forenses. Servicios para ancianos. Servicios para retraso mental/dificultades del aprendizaje. Psicoterapias especializadas. Salud general física y dental. Interconsulta con atención primaria.
	4. Servicios de ingreso de agudos y equivalentes.	Unidades especializadas para trastornos específicos (como cuidados intensivos y forenses). Hospitales de día de agudos. Casas para crisis.
	5. Servicios residenciales a más largo plazo.	Alojamientos no supervisados con protección administrativa. Alojamientos supervisados. Hogares en grupo, sin plantilla. Hogares en grupo con algún tipo de plantilla residente o visitante. Pensiones con plantilla durante el día. Pensiones con plantilla durante el día y la noche. Pensiones y hogares con plantilla de enfermería las 24 horas.

Tabla 2. Principales características y recursos de los servicios asistenciales “equilibrados”. Adaptado de Thornicroft y Tansella, 2003. Reproducido con autorización.

1.4 Rehabilitación psicosocial.

Asumiendo muchos de los puntos de vista y objetivos que venían alimentando la orientación comunitaria, en los últimos tiempos toma cierto protagonismo el concepto de rehabilitación, que si bien hasta este momento era parte integrante fundamental de los abordajes comunitarios para la enfermedad mental grave, en estos momentos parece buscar cierta identidad propia y por separado. Aunque el primer abordaje comunitario alentó el desarrollo y engloba en sí mismo los posteriores enfoques rehabilitadores, en cualquier caso ambas perspectivas se complementan, necesiándose una a la otra.

En España, la Ley General de Sanidad de 1986 recomendó específicamente el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social para la atención integral a los enfermos mentales. El principal objetivo de la rehabilitación es la mejora de la calidad de vida de las personas con trastorno mental severo, para lo que utiliza un abanico de intervenciones de corte psicosocial que vienen a complementar las intervenciones dirigidas al control sintomatológico. En último término, la rehabilitación psiquiátrica busca apoyar al enfermo mental para que este pueda responsabilizarse de su propia vida y actuar en la comunidad tan activamente como le fuera posible²². En la Tabla 3 se resumen algunas de las características de los encuadres rehabilitadores.

OBJETIVOS	PRINCIPIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Recuperar habilidades para funcionar en la comunidad. • Potenciar la integración social y funcionamiento autónomo. • Ofrecer apoyo para el mantenimiento en la comunidad. • Prevenir el deterioro psicosocial y/o institucionalización. • Asesorar y apoyar a las familias en el proceso de rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • El enfermo mental tiene derecho a una ciudadanía plena y digna. • Las personas han de implicarse activamente en el control de sus propias vidas. • Cada persona debe permanecer integrada en su comunidad de origen. • Las pautas de vida deberán normalizarse a través del desarrollo de funciones sociales apropiadas. • La autonomía e independencia personal serán maximizadas. • Se deberá ofrecer el apoyo que cada persona necesite, durante el tiempo preciso. • Cada persona tiene características diferenciales, con necesidades individualizadas. • Implica una actitud esperanzada, positiva y posibilista. • Enfatiza la evaluación de resultados, tanto clínicos como de eficacia y eficiencia.
<p>Tabla 3. Objetivos y principios esenciales de la rehabilitación psicosocial. Extractado y resumido de Asociación Española Neuropsiquiatría, 2002²³.</p>	

1.5 El lugar de los psicofármacos.

La utilización de la clorpromacina en 1952 por Delay y Deniker para el tratamiento de los estados psicóticos es considerada uno de los hitos principales en el desarrollo histórico de la psiquiatría, marcando el inicio de la psicofarmacología moderna²⁴. Si históricamente se ha considerado a Pinel como precursor de la llamada primera revolución psiquiátrica y a Freud de la segunda, el honor de apadrinar la subsiguiente “revolución” se discute según las ideologías de partida sobre quien debe recaer. El debate se ha centrado en la aparición de los abordajes comunitarios o en la introducción de los psicofármacos²⁵, Con el desplazamiento del objetivo asistencial desde la

institución a la misma comunidad, junto a las características de los nuevos tratamientos depot disponibles, no es de extrañar que estos últimos se considerasen *"el sistema más perfecto para evitar el incumplimiento en la administración de drogas y así impedir la recaída de pacientes esquizofrénicos durante el período de cuidados posteriores (a la hospitalización)"*, lo que también les llevó incluso a ser considerados en si mismos como la 3ª revolución psiquiátrica²⁶.

2. NEUROLÉPTICOS DE ACCION PROLONGADA

2.1 Introducción histórica.

En 1957 se desarrolló la flufenacina con la incorporación de un grupo trifluorometil a la molécula fenotiacínica perfenacina para aumentar su potencia, además, se añadió un grupo alcohol en la cadena lateral consiguiéndose un fármaco de una relativamente larga vida media que se supuso le añadiría una utilidad potencial. El grupo investigador, que ya tenía experiencia previa con algunas preparaciones de larga duración como el propionato de testosterona, agregó posteriormente una cadena de ácidos grasos al grupo alcohol, lo que propició un mayor retraso en la disponibilidad de la flufenacina²⁷ y que fue aún más dilatado con la suspensión del fármaco en aceite de sésamo. En relación con la inyección de aceites vegetales y como curiosidad histórica, cabe recordar que poco después de ser descrita la primera inyección subcutánea en 1855, se utilizó el aceite de oliva por esta vía como mejor forma de alimentar a una persona anoréxica hasta que empezó a comer de nuevo²⁸.

El enantato de flufenacina (*Eutimox*®) fue el primer neuroléptico depot disponible para su utilización terapéutica, aconsejándose su utilización por inyección subcutánea en el tejido adiposo con una frecuencia quincenal²⁹. Poco tiempo después se desarrolló el decanoato de flufenacina (*Modecate*®) que dilatava todavía mas el lapso útil de inyección y parecía presentar menores efectos secundarios³⁰. Se abría un prometedor campo farmacológico que parecía salir al paso de las importantes dificultades de manejo derivadas de

los pacientes no cumplidores, así como resolvían otras secundarias a diversos problemas de absorción digestiva o los efectos de primer paso a través del hígado. Progresivamente los neurolépticos depot vieron el desarrollo en su utilización a lo largo de la segunda mitad de los años sesenta, ya iniciadas las primeras corrientes desinstitucionalizadoras y en pleno fervor "comunitario". En 1968, en el contexto de un ambicioso programa de reforma asistencial de un hospital psiquiátrico y el traspaso asistencial al seno de la comunidad, tenía lugar el primer ensayo clínico en el Reino Unido con el decanoato de flufenacina³¹.

La disponibilidad del decanoato de flufenacina permitió superar las primeras reservas suscitadas por el enantato, ya que no sólo su periodo de acción era algo más dilatado, sino que su perfil de efectos secundarios también era más benigno. Su empleo se difundió rápidamente en el ámbito hospitalario, aunque no parecía existir un sistema definido para el mantenimiento y seguimiento de los pacientes tras su alta. Esta situación obligó a diseñar un sistema que asegurara la máxima eficacia en la utilización del nuevo tratamiento y que pudiera beneficiarse plenamente del potencial asistencial y terapéutico ofrecido por él. Por este motivo, a finales de 1968 se decidió montar una clínica especial para el tratamiento y seguimiento de pacientes con neurolépticos depot que recibió el prosaico nombre de "Clínica Modecate" y que rápidamente se extendió por otros lugares, bajo el mecenazgo y asesoría de la firma comercializadora del producto.

La primera "clínica depot" se integro como unidad separada dentro del hospital de día existente en el área, todo ello formando parte del departamento de asistencia comunitaria de la zona. Aquí se derivaron todos los pacientes en tratamiento con neurolépticos depot, previamente estabilizados durante su ingreso hospitalario. La dotación profesional presupuestada fue de un enfermero psiquiátrico comunitario, con libertad horaria para distribuir su jornada laboral de tal forma que pudiera también estar disponible las noches y fines de semana, pudiendo asimismo visitar en su domicilio a aquellos pacientes que no acudieran a la clínica por los motivos que fueran. Junto a la dispensación y control de la medicación de mantenimiento, no se excluía de la practica asistencial cualquier otro recurso o apoyo disponible y que fuera considerado como oportuno para un determinado paciente. La práctica vino a demostrar sin embargo que la escasez de otro tipo de recursos hacía que el personal de la clínica pasara a responsabilizarse casi al completo de su asistencia. Tal fue el impacto y expectativas puestas en este tipo de abordaje que, tras cinco años de actividad, la clínica llegó a ocuparse de 800 pacientes en la comunidad pasando a disponer de dos profesionales con dedicación exclusiva y otros dos con dedicación parcial. Este personal se fue responsabilizando progresivamente de aspectos más amplios del cuidado más allá de la mera dispensación de la inyección, que cuando era descuidada por parte del paciente quedaba garantizado su suministro en visitas domiciliarias.

En la descripción de su desarrollo, junto a algunos datos estadísticos de pacientes en tratamiento y tasas de recaídas, predominan fundamentalmente los aspectos técnicos, estableciéndose pautas de actuación características y

totalmente vigentes en la actualidad: control de fechas de inyección; control de citas; seguimiento de abandonos, incluso con visitas domiciliarias; mantenido fundamentalmente por enfermeros comunitarios. Todo ello valorado como de una utilidad inestimable en el esfuerzo de mantener a los pacientes esquizofrénicos fuera del hospital, en su comunidad de origen³²⁻³³.

En general, los psiquiatras se mostraron entusiasmados con la aparición de las medicaciones depot, que progresivamente fueron aumentando en número en Europa y el resto del mundo a excepción de Estados Unidos, donde sólo se comercializaron el enantato y decanoato de flufenacina y el decanoato de haloperidol debido a las preocupaciones desatadas frente a la posible conculcación de libertades civiles³⁴. Con el paso del tiempo, lo que parecía ser una prometedora estrategia de tratamiento para ayudar a reintegrar y mantener al paciente en su comunidad de origen, favoreciendo un más benigno curso y pronóstico de su estado clínico y permitiendo, además, otro tipo de actuaciones terapéuticas, quedó en muchos casos relegada a ser la única intervención disponible. Muchos pacientes vieron de esta forma limitado el abordaje comunitario a una escuálida inyección mensual o quincenal. La mayoría de estos pacientes de las clases menos favorecidas y emigrantes, con problemas de comunicación lingüística añadidos, en los núcleos suburbanos de las grandes ciudades. De esta forma, a mediados de los años 80, por ejemplo no era difícil observar largas filas de pacientes, muchos de ellos de minorías étnicas en sus trajes tradicionales, esperando su inyección en algunos de los Centros de Salud Mental menos favorecidos de Londres. En algunos lugares la consigna para la supervisión del tratamiento por parte de los enfermeros

comunitarios fue preguntar a los familiares si el paciente veía la televisión, independientemente de si este podía seguir el hilo argumental o simplemente estaba sentado frente al televisor de forma letárgica y desmotivado para hacer cualquier otra cosa³⁵.

Sin duda un panorama muy alejado de la potencialidad que brinda este tipo de medicación integrada en un sistema de cuidados más amplio y con recursos adecuados. Por ejemplo, y como contrapunto, el trabajo desarrollado en algunas áreas mejor dotadas de Inglaterra por enfermeros comunitarios con cargas de trabajo tan limitadas como 2-3 casos/día y que, además de dispensar la inyección en el domicilio del paciente, supervisan diferentes aspectos domésticos, garantizando para muchos pacientes su permanencia en la comunidad.

El recurso a la medicación depot tuvo también su época dorada en nuestro entorno, en ámbitos tanto hospitalarios como ambulatorios. Pudiéndose, incluso, haber abusado de ella ocasionalmente al utilizarse en combinación con medicación oral en dosis en sí mismas suficientes. Práctica que era justificada posiblemente por el temor al abandono de la medicación oral o una deseable potenciación mutua, pero con grave riesgo de aumento de los efectos secundarios. En la segunda mitad de los años 70 se describen en nuestro medio entusiastas experiencias con hasta un 87 % de resultados “buenos” o “más que buenos”³⁶. A la vista de estos resultados, los autores no dudaban en *"aconsejar el tratamiento del psicótico con decanoato de flufenacina adaptándose a las dosis, intervalos, condiciones e indicaciones... convencidos*

y apoyados en la confianza de que a medida que nuestros compañeros psiquiatras vayan utilizando dicho fármaco, irán creando su propia normativa y participarán en una 'escalada' de efectividad terapéutica". Este entusiasmo, no hace, sin embargo, que se les escape tampoco la necesidad de cambiar de forma sustancial las estructuras asistenciales psiquiátricas de la Seguridad Social de la época, de tal forma que permitiera una sistemática de tratamiento mas adecuada para los pacientes psicóticos.

Parejo al desarrollo de servicios ambulatorios, va creciendo el número de pacientes, quizás con cierta sobre representación de aquellos menos favorecidos social y culturalmente, que son mantenidos en la comunidad con medicación depot. Durante esos años, en España se comercializaban dos antipsicóticos diferentes con dos presentaciones cada uno (tabla 4).

molécula	formulación	Nombre comercial
Flufenacina	Enantato	Eutimox ®
	Decanoato	Modecate ®
Pipotiacina	Undecilato	Mi-lonseren ®
	Palmitato	Lonseren ®
Tabla 4. Primeras formulaciones depot comercializadas en España.		

Progresivamente y con mayor o menor entusiasmo, se despierta el interés por programas específicos y protocolos estructurados, que en muchas ocasiones no llegaron a alcanzar niveles de calidad suficiente. En todo caso,

las medicaciones depot eran recursos farmacológicos valorados³⁷, siendo solicitadas ocasionalmente al extranjero algunas moléculas no comercializadas en España, como el decanoato de flupentixol (Fluanxol ®), suponiéndole un perfil de efectos secundarios mas benignos o en un intento de ensayar todas las opciones terapéuticas en casos resistentes.

A pesar de que el tiempo conlleva la introducción en nuestro mercado de una nueva molécula en formulación depot, el zuclopentixol (Cisordinol ®, Clopixol ®), dos de las existentes previamente fueron retiradas probablemente en consonancia con la progresiva disminución en el interés despertado por estos tratamientos. Desde entonces y de una forma casi imperceptible, a lo largo de los últimos años, se observa una ligera disminución progresiva en su utilización que se intenta explicar alegándose ciertos aspectos negativos asociados, como son: efectos secundarios y permanencia de los mismos en el tiempo por lentitud de eliminación; dificultad en la dosificación y estabilización de niveles (meses); carácter "agresivo" o "invasivo" de la inyección, etc.

Independientemente de lo anterior, es muy posible también que la disminución en su utilización sea secundaria a la aparición de los nuevos antipsicóticos y al cambio en las pautas de dosificación. Por una parte las nuevas medicaciones presentan menos efectos secundarios, lo que favorece una mejor adhesión al tratamiento. Por otra, dirigimos la atención a la monodosis como pauta deseable, que a pesar de ser posible también con los neurolépticos clásicos no era utilizada habitualmente, incluso con asociación fraccionada en varias tomas de diferentes neurolépticos (junto al inevitable

anticolinérgico). De esta forma, la racionalización del tratamiento, normalmente en forma de monodosis nocturna, con una menor incidencia de efectos secundarios, asociado todo ello a la impopularidad del pinchazo puede haber sido la razón del progresivo abandono de los fármacos depot.

2.2 El incumplimiento del tratamiento.

La falta de adhesión al tratamiento farmacológico sigue siendo uno de los principales motivos de recaída en la esquizofrenia, apareciendo como uno de los grandes retos a superar cuando se prescribe un antipsicótico ante el riesgo de que este se muestre ineficaz. Las tasas de incumplimiento, total o parcial, del tratamiento pautado varían entre los diferentes estudios que encuentran en algunos casos hasta un 70 – 80 % de incumplimiento, pudiendo suponerse que entre un 20 a 50 % de cualquier grupo de pacientes será al menos parcialmente no cumplidor. Estas tasas son mayores en el ámbito ambulatorio (20 a 65 %) que en el hospitalario (5 a 37 %)³⁸, lo que genera una dificultad mas y es un riesgo añadido en el manejo de los pacientes una vez dados de alta. En la Tabla 5 se recogen algunos de los factores que se han propuesto como explicativos de la falta de adhesión, así como algunas posibles soluciones.

Factores	Razones	Soluciones
A) De la medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios • Ineficacia • Complejidad en la dosificación • Coste económico 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación y tratamiento de efectos secundarios • Cambio de fármaco • “Vacaciones” de fármaco • Dosis bajas • Estrategias de potenciación para mejorar la eficacia clínica • Monodosis • Accesibilidad al tratamiento (recetas)
B) Del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología • No conciencia de enfermedad • Conducta de enfermedad anormal • Abuso de sustancias • Edad • Cultura • Actitudes del paciente y la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento asertivo de los trastornos duales • Potenciación del vínculo terapéutico • Sistemas de apoyo para ancianos • Organizadores de pastillas • Simplificar las tomas • Consideración del entorno cultural • Compromiso familiar • Supervisión y dispensación vigilada del fármaco • Antipsicóticos depot • Medicación forzada • Rehabilitación psicosocial
C) Del profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del cumplimiento • Visión de la enfermedad • Pronóstico • Habilidades de comunicación • Educación médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración del cumplimiento • Discusión con el paciente • Actitud positiva hacia la medicación • Actitud de cooperación y respeto de opiniones del paciente, no paternalista • Educación del paciente y familia • Intervenciones cognitivo-conductuales • Psicoterapia • Programas de apoyo a distancia (correo, teléfono) y avisos con mensajes móviles

Tabla 5. Causas de falta de cumplimiento del tratamiento y posibles soluciones. Resumido de Breen y Thornhill, 1998^{38w}.

A la hora de salir al paso del oposicionismo del paciente desordenado o no-colaborador, no podemos descuidar ni relativizar la importancia de ninguno de los factores de riesgo enumerados, así como hemos de llamar la atención sobre la necesidad de actitudes activas para intentar disminuir el riesgo potencial de incumplimiento terapéutico. Es entonces cuando, además, la medicación depot aparece como un recurso importante a tener en cuenta. La guía de la Asociación Psiquiátrica Americana sobre el tratamiento de la esquizofrenia recoge el problema de la falta de adhesión al tratamiento como una de las principales inquietudes y retos asistenciales para esta enfermedad³⁹. En relación con las posibles maneras de enfrentar el problema y dentro de sus

recomendaciones se especifica que las medicaciones antipsicóticas depot de acción prolongada pueden ser preferibles a las medicaciones orales en muchos pacientes que están en la fase estable del tratamiento, reconociendo en el momento de su publicación que los nuevos antipsicóticos no se disponían en esta presentación. Muy poco tiempo ha transcurrido desde entonces para la comercialización, sólo en algunos países todavía, de una nueva presentación de risperidona equiparable a los clásicos depot⁴⁰, mientras se sigue investigando en torno a una nueva molécula, la iloperidona depot, todavía con información muy limitada sobre ella⁴¹. Posiblemente de esta forma se reabre una nueva oportunidad para que los neurolépticos de acción prolongada pongan a prueba su utilidad en el contexto de unos servicios comunitarios de calidad.

Sin embargo, a pesar incluso de presentar tasas de adherencia superiores a otro tipo de fármacos depot como la medroxiprogesterona⁴², en el caso de los pacientes poco cumplidores del tratamiento, el simple cambio de una formulación antipsicótica oral a otra depot no garantiza tampoco diferencias marcadas en cuanto a las tasas observadas de adhesión al tratamiento a medio plazo. Se requieren entonces otras intervenciones añadidas⁴³, lo mismo que se aconseja con los nuevos antipsicóticos atípicos⁴⁴. Por ejemplo, se ha observado que un grupo en especial riesgo de abandonar la medicación estaría compuesto por varones jóvenes, con un tiempo menor de tratamiento y presumiblemente un más corto periodo de evolución de la enfermedad, asociándose posteriormente con una mayor tasa de reingresos⁴⁵. Aquellos pacientes con estas características requerirían de un seguimiento más

atento y posiblemente activo por parte de los servicios asistenciales en prevención de eventuales abandonos.

Muy posiblemente, además, se de un paso en el sentido de acercar posturas entre médico y paciente si somos capaces de cambiar nuestro punto de vista derivado de considerar la situación como un problema relativo al “cumplimiento” y en cierto sentido un problema de desobediencia por parte del paciente, para considerarlo otro debido a la falta de coincidencia entre los puntos de vista del paciente y el médico⁴⁶⁻⁴⁷. Aunque los términos “adherencia” o “cooperación” se buscaron con el mejor ánimo de disminuir los aspectos implícitos de sometimiento por parte del paciente, tampoco los consiguen desterrar por completo, proponiéndose en la actualidad un más igualitario concepto de “concordancia” como punto de partida para afrontar el problema de los abandonos del tratamiento⁴⁸.

2.3 Formulaciones de liberación sostenida.

Hemos visto como un fármaco puede ser manipulado de tal forma que el inicio, duración e intensidad de su acción resulte modificada, consiguiendo por ejemplo de esta forma controlar la velocidad a la que la molécula está disponible para su actuación en el organismo. La administración parenteral es el factor que afecta de forma más significativa a la biodisponibilidad de un fármaco, pudiendo también aquí representar un papel importante los

excipientes de los que la molécula activa se acompaña. Los diferentes tipos de formulaciones parenterales se resumen en la tabla 6.

<p>a) Formulaciones con rápida biodisponibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none">- Soluciones- Emulsiones (más lentas). <p>b) Formulaciones de liberación sostenida:</p> <ul style="list-style-type: none">- Suspensiones- Depots- Liposomas- Microsfemas poliméricas- Geles poliméricos- Implantes- Inyectables sin aguja (inyecciones Jet)- Nuevas generaciones (nanopartículas, partículas submicrónicas recubiertas de fosfolípidos, microemulsiones, copolímeros autoensamblados...).
<p>Tabla 6. Formulaciones parenterales. Extractado de U.S. Pharmacist, 2003⁴⁹.</p>

Convencionalmente se define como “depot” aquella formulación de un antipsicótico que mantiene su acción clínica durante mas de una semana tras su administración intramuscular, excluyéndose de esta manera las formulaciones parenterales con horas de vida media o acufases de escasos días de vida media. Recientemente se ha publicado una revisión de las principales preparaciones neurolépticas intramusculares que recoge la evidencia farmacocinética, farmacodinámica y clínica acumulada hasta la actualidad, concluyéndose que las presentaciones parenterales siguen siendo una herramienta valiosa en el manejo agudo y a largo plazo de la enfermedad⁵⁰. En la tabla 7 se recogen las diversas formulaciones neurolépticas de acción retardada, incluyéndose el penfluridol, único fármaco oral de utilización semanal.

Presentación Galénica	Ester o matriz	Fármaco	Estructura química	Nombre comercial
Inyectable en vehículo oleoso (IVO)	Decanoato	Bromperidol	Butirofenona	N.C.
IVO (Aceite de sésamo)	Decanoato	Haloperidol	Butirofenona	N.C.
IVO	Decanoato	Clopentixol	Tioxanteno	N.C.
IVO (Viscoleo)	Decanoato	Flupentixol	Tioxanteno	N.C.
IVO (Viscoleo)	Decanoato	Zuclopentixol	Tioxanteno	Cisordinol® Clopixol®
IVO (aceite de sésamo)	Decanoato	Flufenacina	Fenotiacina	Modecate®
IVO	Enantato	Flufenacina	Fenotiacina	N.C.
IVO	Decanoato	Perfenacina	Fenotiacina	N.C.
IVO	Enantato	Perfenacina	Fenotiacina	N.C.
IVO (aceite de coco)	Palmitato	Pipotiacina	Fenotiacina	Lonseren®
Inyectable en vehículo acuoso (IVA)	---	Fluspirileno	Difenilbutilpiperidina	N.C.
IVA	Polímero biodegradable	Risperidona	Benzisoxazola	Risperdal Consta®
Oral	---	Penfluridol	Difenilbutilpiperidina	N.C.
Inyectable		lloperidona	Piperidinil-benzisoxazol	En experimentación

Tabla 7. Formulaciones neurolépticas de liberación sostenida. El palmitato de flupentixol y undecanoato de pipotiazina son utilizados de forma limitada en algunos lugares. N.C. = No comercializado en España.

Para lograr el incremento en la vida media del neuroléptico, a la molécula original se ha asociado tradicionalmente una función alcohol esterificada por un ácido graso de cadena hidrocarbonada larga, todo ello

disuelto en un vehículo oleoso (por ejemplo, aceite de sésamo), con excepción del fluspirileno que sería el único depot tradicional en vehículo acuoso. Los antipsicóticos en sí mismos son solubles en grasas, pero la esterificación incrementa esta solubilidad de forma exponencial, siendo esta mayor cuanto mayor es la cadena hidrocarbonada. La hidrólisis del éster en el punto de inyección, donde permanece fijado en la disolución oleosa, permite la liberación lenta de la molécula madre de antipsicótico, observándose una curva de concentración más plana y uniforme con los decanoatos que con los enantatos⁵¹. De esta forma, la molécula de base puede ser utilizada con el máximo rendimiento en dosis mínimas; por ejemplo, en el caso de las fenotiacinas la cantidad molecular administrada es de 10 a 20 veces menor de lo que sería necesario por vía oral en el mismo periodo.

En el caso de la reciente presentación de acción prolongada de la risperidona, único antipsicótico atípico de larga duración, el mecanismo farmacológico por el que se consigue su liberación mantenida es completamente diferente, sin parecido alguno con las presentaciones galénicas del resto de medicaciones depot. La risperidona se presenta encapsulada en microesferas de un polímero biodegradable, suspendidas en una solución acuosa para su administración intramuscular. Requiriéndose de suplementación antipsicótica oral durante las 3 primeras semanas de tratamiento, mientras se inicia la liberación del fármaco, esta es debida a la hidratación de la microesfera que permite la difusión mantenida de la risperidona hasta la erosión total del polímero, que tiene lugar aproximadamente a los 15 días de la inyección.

2.4 Evidencias, indicaciones y utilización.

Comparativamente con la misma presentación en forma oral, los neurolépticos en formulaciones de larga duración tienen una serie de ventajas e inconvenientes a considerar en cada caso determinado (Tabla 8).

<u>Ventajas</u>	<u>Inconvenientes</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Aporte garantizado del fármaco y sus consecuencias. 2) Comodidad de administración. 3) Farmacocinéticas: <ul style="list-style-type: none"> • Larga semivida de eliminación. • Perfil de concentración plasmática más constante y uniforme. • Vía parenteral que evita variaciones individuales por a) absorción digestiva b) metabolismo hepático de primer paso. • Reducción de metabolitos. • Reducción de interacciones con otros fármacos. 4) Dosis mínima eficaz, siendo la cantidad suministrada de 10 a 20 veces menor a la oral. 5) Profilaxis de sobredosis (suicidio), por no haber necesidad de acumulación de medicación oral. 6) Contacto regular con el paciente, que permite la supervisión de otros aspectos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dificultad para graduar las dosis. 2) Riesgo de acumulación del fármaco. 3) Efectos adversos mantenidos en el tiempo. 4) Aspectos éticos y legales de su utilización a veces sin el consentimiento expreso del paciente. 5) Técnica de inyección: dolorosa y dependiente de una tercera persona para su administración.
<p>Tabla 8. Ventajas e inconvenientes de los neurolépticos depot. Resumido de Dencker y Axelsson, 1996⁵².</p>	

Aunque en un primer momento se quiso ver cierta especificidad diferencial entre los neurolépticos depot (tabla 9)⁵³, las indicaciones, en general, son similares a las de un neuroléptico convencional,

fundamentalmente en el tratamiento de la esquizofrenia y quizás de alguna utilidad específica en ancianos con un metabolismo alterado.

Fármaco	Indicación preferente
Palmitato de pipotiazina	Acción desinhibidora. Casos de inhibición motriz y mental. Buena correlación con desarrollo de psicoterapias de readaptación posthospitalaria.
Decanoato de flufenacina	Agitación paranoide. Delirio. Alucinaciones. Fenómenos de automatismo mental.
Enantato de perfenacina	Formas paranoides.
Flupentixol	Todos los casos psicóticos. Intolerancia a fenotiacinas. Correlación muy buena con actividades posthospitalarias de psicoterapia y readaptación.

Tabla 9. Especificidad diferencial de los neurolépticos depot. Extractado de LF Gayral et al. 1987^{33w}.

La Guía de la APA^{39w} para el tratamiento de la esquizofrenia, limita su utilización en la fase aguda para los casos de descompensaciones por abandono del mismo tratamiento, situaciones de tratamiento compulsivo o como preparación para el tratamiento de mantenimiento posterior. Según la guía, su indicación más adecuada sería durante la fase de estabilización, siendo preferibles a los orales en muchos pacientes, sobre todo en aquellos con poca adhesión para los que se plantean como estrategia adecuada de prevención de recaídas. En el mundo animal, su utilización está también relativamente extendida con finalidades sedativas, por ejemplo para el traslado y aclimatación de animales salvajes de un lugar a otro (tabla 10)⁵⁴.

- Mientras que los neurolépticos de larga duración se utilizan en psiquiatría por sus efectos antipsicóticos, en animales salvajes se utilizan por su efecto sedativo prolongado y su capacidad de reducir la ansiedad y actividad motora.
- Los fármacos depot calman a los animales, permitiéndoles aceptar una situación de confinamiento más fácilmente que sus homólogos no tranquilizados, mostrándose más relajados y adaptándose antes al cautiverio.
- Modifican la disposición o actitud de los animales hacia sus alrededores inmediatos y hacia otros animales encerrados (por ej. no luchan con otros animales).
- Los animales muestran cierta indiferencia a su entorno de cautividad y comienzan a comer y a beber mucho antes que los animales que no son tranquilizados.
- Los animales temerosos de los seres humanos pierden su miedo instintivo y permiten que estos se acerquen a corta distancia.
- Al perder el temor a los seres humanos, algunos otros animales individuales pueden llegar a ser temerarios y atacar a una persona que se acerque demasiado.

Tabla 10. Utilización y efectos de los neurolépticos depot en animales salvajes. Extractado de H. Ebedes, 1993^{54w}.

En relación con los posibles efectos secundarios observables, aparte de aquellos eventualmente producidos por el propio vehículo y vía de administración, son los mismos que los descritos para los neurolépticos orales, por lo que no nos extenderemos aquí sobre ellos. A pesar de la suposición de una marcada incidencia de efectos secundarios molestos, incluso habiéndose asociado su uso a un mayor riesgo de suicidio^{34w-55}, en general, utilizadas adecuadamente las formulaciones neurolépticas parenterales no parecen presentar mayores tasas de efectos secundarios que las orales⁵⁶⁻⁵⁷. De igual forma, tampoco hay una evidencia clara de que la tolerabilidad de las preparaciones orales sea mejor que el de las parenterales, pudiendo apoyarse la utilización de estas últimas también sobre la base de los resultados de diversos estudios de riesgo / beneficio, así como la asociación con menores tasas de recaídas^{50w}.

Como apuntábamos anteriormente, la falta de cumplimiento farmacológico es una de las principales causas de la aparente refractariedad en la respuesta y de muchas de las recaídas clínicas. Habiéndose descrito hasta un 60 % de incumplimientos en las primeras 6 semanas de iniciado el tratamiento oral, los neurolépticos depot son para muchos la primera estrategia a ensayar⁵⁸. Sin poder garantizarse tampoco con la utilización de los antipsicóticos de depósito la imposibilidad de una recaída, la evidencia si apunta sin embargo hacia una reducción considerable de este riesgo. Durante el primer año tras un episodio psicótico se ha observado un 65 % de recaídas en seguimientos con placebo, frente a un 30 % en tratamientos farmacológicos con neurolépticos orales que desciende hasta el 24 % en formulaciones depot. Otros estudios, algunos con dos años de seguimiento, encuentran tasas que se sitúan en un 65 % de recaídas con los medicamentos orales y un 40 % en los depot. Sean las cifras que sean, el metaanálisis de este tipo de estudios parecen confirmar la menor tasa de recaídas con la utilización de fármacos depot^{39W}.

En la tabla 11 se resumen las conclusiones de una reciente revisión de la base Cochrane sobre ensayos controlados y aleatorizados, al considerarse los resultados publicados de tratamientos con neurolépticos depot.

Comparando la medicación depot	Se encuentra
A) Con placebo	* menos recaídas * mas trastornos del movimiento
B) Con medicaciones orales	* mejor evolución global * sin diferencias en recaídas * sin diferencias en efectos adversos
C) Entre sí	* sin diferencias entre sí

Tabla 11. Conclusiones acerca de las medicaciones depot, según metaanálisis de estudios controlados y aleatorizados. Extractado de Adams y cols, 2001⁵⁹.

Los autores de la revisión finalizan razonando que las medicaciones depot son seguras y efectivas, pareciendo presentar un ligero mayor beneficio que las orales en la evolución a largo plazo. Antes de concluir, también señalan la posibilidad de que pudiera ser que aquellos pacientes con mayores dificultades para aceptar un tratamiento (precisamente para los que estaría mas indicado un tratamiento depot) no estuvieran suficientemente representados en los estudios revisados, por el mismo motivo de su falta de adherencia. Otros autores⁶⁰ consideran que los estudios “en espejo” que comparan el número de hospitalizaciones cuando el paciente solo tenía pauta de medicación oral y después de iniciarse el tratamiento depot, serían la estrategia de investigación ideal para no infravalorar el problema de la adherencia, apareciendo entonces considerables datos a favor del tratamiento depot, que son resumidos en la tabla 12. Una limitación de este tipo de estudios es la dificultad para precisar el beneficio atribuido al efecto farmacológico y aquel que pudiera ser derivado de la propia evolución del cuadro o de otro tipo de aportes extras suministrados por el propio personal de la clínica durante el seguimiento.

Estudio	Número de pacientes	Duración del estudio (años)	Días de ingreso		Valor de <i>P</i>
			Con medicación oral	Con medicación depot	
Denham & Adamson (1973)	103	12-40 (meses)	8719	1335	<0.0001
Gottfries & Green (1974)	36	2-6	12390	2940	<0.0001
Marriott & Hiep (1976)	131	1	12434	5619	<0.0001
Devito <i>et al</i> (1978)	122	1	3329	314	<0.01
Freeman (1980)	143	12	19510	4376	<0.0001
Tegeler & Lehmann (1981)	78	5	19110	3276	<0.0001

Tabla 12. Estudios comparando el número de días de hospitalización para un mismo paciente con medicación oral o depot. Modificado de Davis et al. 1994^{60w}.

En cualquier caso parece prudente señalar la necesidad de nuevos estudios que focalizando mas allá de su efectividad, se interesen por cuestiones tales como tasas de recaída, efectos secundarios a largo plazo, satisfacción con el tratamiento, calidad de vida o aspectos económicos entre otros, así como profundizar en los aspectos de coste-efectividad de los que apenas disponemos de evidencias concluyentes⁶¹.

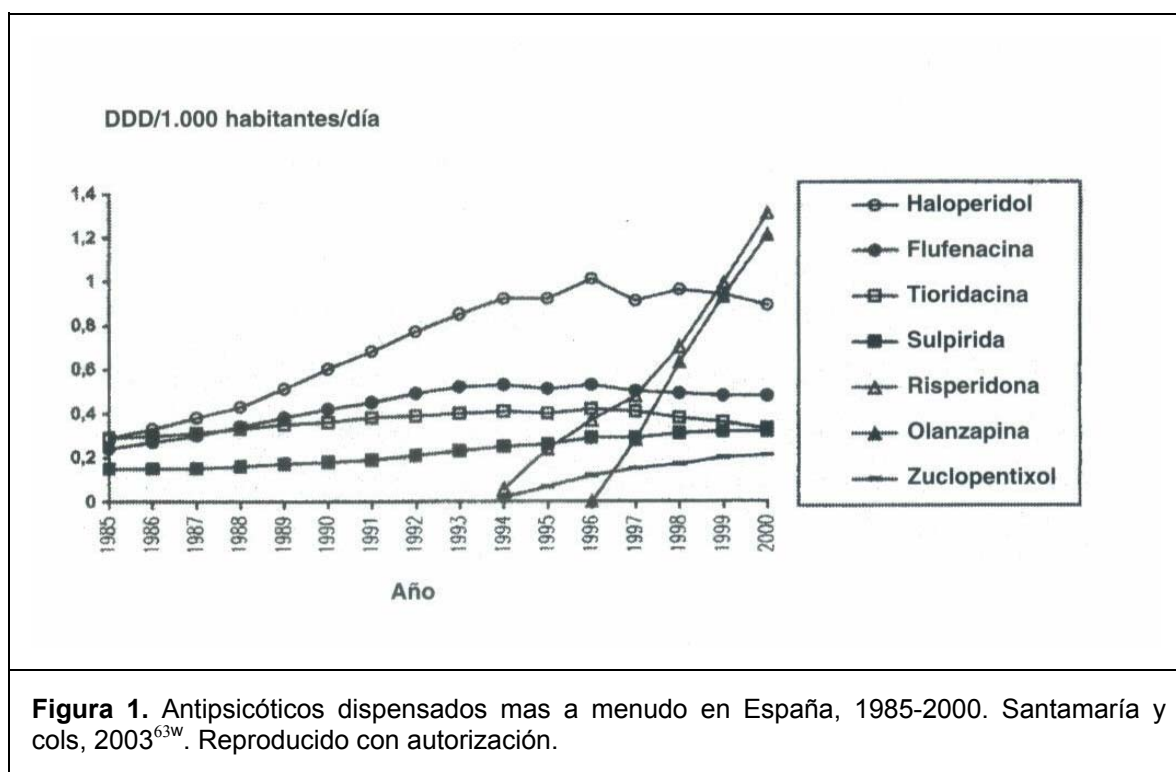
Los datos a los que venimos refiriéndonos provienen de la revisión de la evidencia derivada de la investigación realizada hasta el momento, pudiendo preguntarnos, además, cuál es la opinión que dirige al clínico en su práctica cotidiana y que ocasionalmente pudiera confundirse con una evidencia científica en si misma. En nuestro entorno, las *“Recomendaciones de actuación en el tratamiento de la esquizofrenia”* del Consenso Español de Expertos⁶² se elaboraron a partir de las respuestas recibidas de 212 psiquiatras que reflejan su opinión frente a las diferentes preguntas realizadas a través de una encuesta. En relación con los neurolépticos depot, estos aparecen como una

elección de segunda línea en los episodios agudos, teniendo un papel importante en el apoyo a la adherencia del tratamiento y ocupando una posición en primera línea, junto a la educación familiar y apoyo terapéutico, para pacientes no cumplidores por rechazo a la medicación, falta de conciencia de enfermedad o escaso soporte socio-familiar, así como pudieran también considerarse una elección de segunda línea como mejora para la adherencia si aparecieran efectos secundarios extrapiramidales con los tratamientos orales.

Las formulaciones depot, en opinión de este grupo de expertos y que como veremos mas adelante no tienen que coincidir totalmente con las tendencias observables en otros países, serían de elección en pacientes con mala cumplimentación. Su uso sería de primera línea también en casos de rechazo a la medicación, falta de conciencia de enfermedad y escaso soporte sociofamiliar. En segunda línea para su elección estarían los antecedentes médico-legales y los síntomas positivos de evolución crónica.

Como sucede con otro gran número de fármacos y técnicas asistenciales, son de esperar ciertas diferencias en la utilización de los neurolepticos entre los diversos países, siendo muchas de ellas obviamente explicables por la simple disponibilidad comercial de un producto determinado. Otra cuestión diferente es si, para similares desarrollos sanitarios y sociales, posibles diferencias de importancia entre los diversos grupos terapéuticos pueden justificarse por este motivo en exclusiva. La venta de antipsicóticos en España en el año 2000 se había cuadruplicado en 15 años, aunque

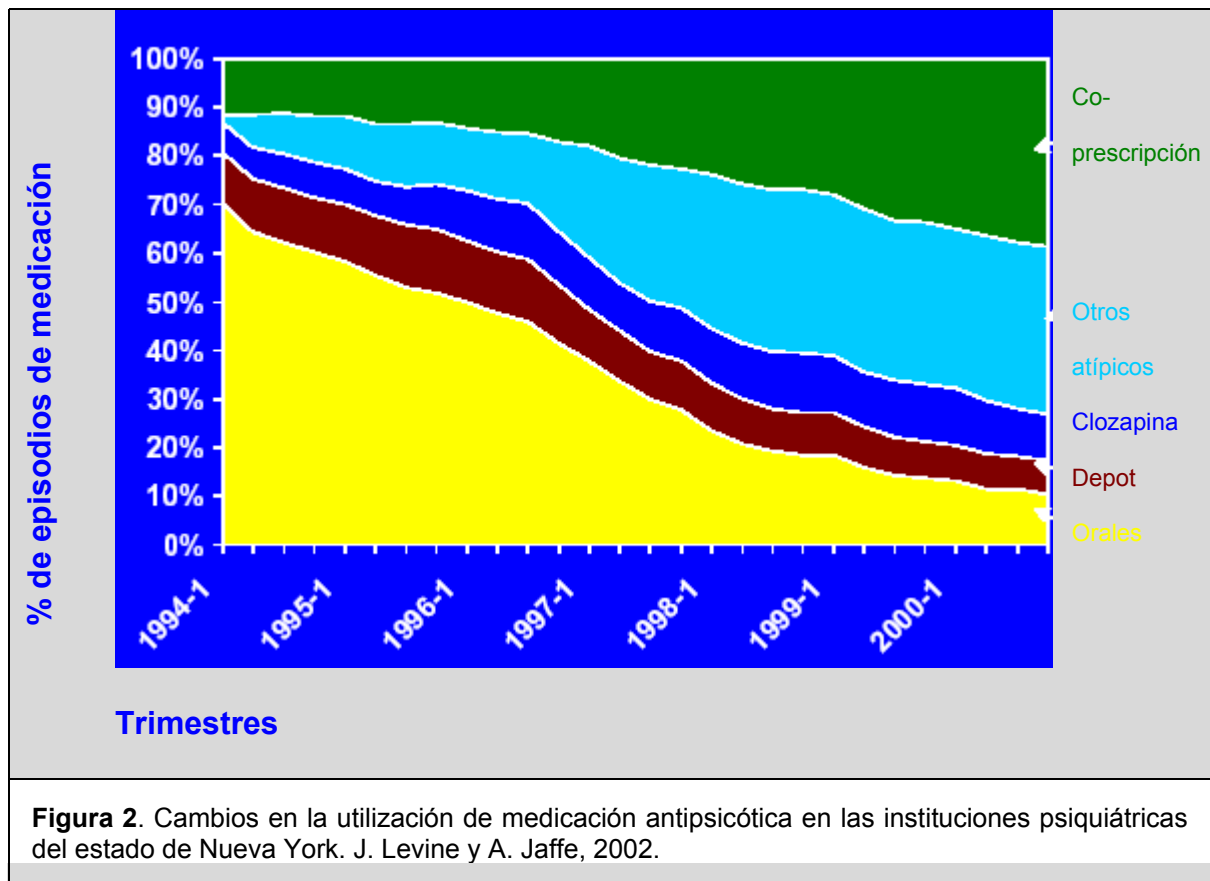
permanecía por debajo de las cifras observadas por ejemplo en los países nórdicos. Como puede observarse en la figura 1, el patrón de fármacos utilizados había cambiado también, desplazándose proporcionalmente de los “típicos” (haloperidol, flufenacina y tioridazina) hacia los “atípicos” (risperidona, olanzapina y haloperidol)⁶³. En relación con la medicación depot, las “dosis diarias definidas” totales de flufenacina permanecían relativamente estables en ese tiempo, con un ligero descenso en los últimos años posiblemente compensado por la comercialización en 1993 del zuclopentixol.



A escala internacional, Australia se encuentra en un extremo de utilización, habiéndose llegado a describir incluso como un problema y donde un 42 % de las prescripciones son depot, recibiendo un 18 % de los pacientes medicación tanto oral como depot. Llamativamente, además, los que toman la combinación de fármacos tienen prescritas dosis más altas de depot. Incluso entre las diferentes presentaciones depot parecen existir problemas para

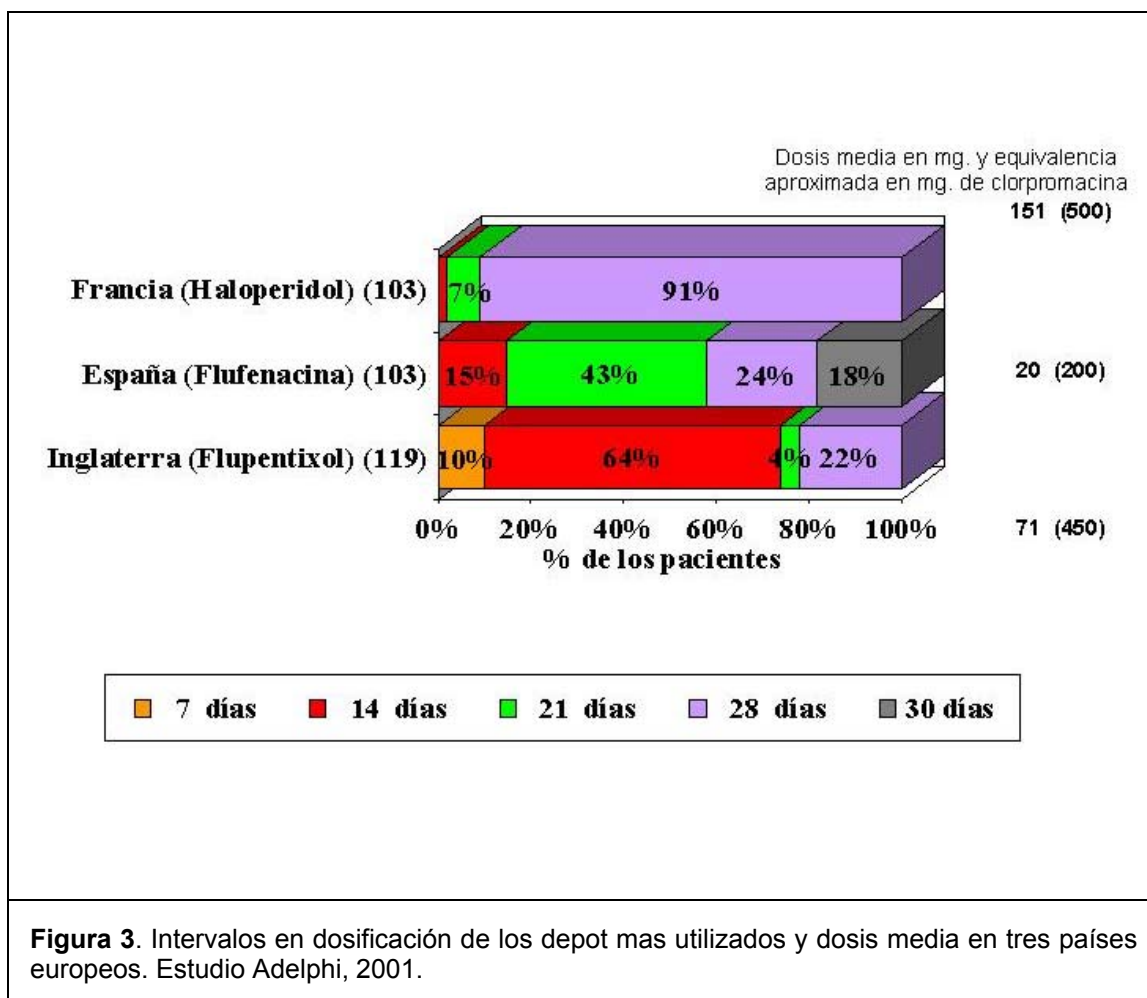
establecer pautas equivalentes en la dosificación, siendo la flufenacina prescrita en dosis equivalentes mayores. También los varones no angloparlantes recibirían, como grupo, dosis mayores⁶⁴, desigualdades en su utilización que apuntan hacia la posible existencia de diferencias explicadas mas por cuestiones raciales y culturales que clínicas, como se han encontrado también en otros lugares⁶⁵⁻⁶⁶. Este hecho levanta cierta inquietud acerca de la calidad de los cuidados dispensados a determinados subgrupos de población, aconsejándose tener en cuenta esta posibilidad desde el punto de vista de mejora de la calidad y la necesidad de desarrollar servicios más igualitarios⁶⁷.

En el otro extremo de las prescripciones podría encontrarse Estados Unidos, donde se ha descrito la utilización de los fármacos depot en un 10 a 20 % de los pacientes^{56W}. En los últimos años, partiendo de una no muy alta proporción de tratamientos con depot, progresivamente su utilización sigue disminuyendo como puede observarse en la Figura 2 que refleja datos de las instituciones psiquiátricas de Nueva York⁶⁸, llegándose a aconsejar incluso el aumento en su utilización⁶⁹.



A escala europea también se observan grandes diferencias de utilización, solos o en combinación, entre países limítrofes. La mayor prescripción proporcional se describe en Reino Unido, Dinamarca y Suecia frente a los más bajos niveles observados en Francia y España. Incluso la dosis y el fármaco principalmente recetado difiere por países, según se desprende de un estudio de las prácticas de prescripción de diversos grupos de psiquiatras (figura 3). En otro reciente estudio observacional⁷⁰, en el que no se puede precisar la representatividad de la muestra, unos 1100 psiquiatras voluntarios describen la utilización de neurolepticos en los 6 meses previos en pacientes a quienes se iba a cambiar la medicación. Se encuentra una utilización de antipsicóticos de acción prolongada en un 45,6 % en Portugal, 45,5 % en Irlanda, 38 % en el Reino Unido, 28,6 % en Italia, 22,6 % en

Francia, 22,3 % en España, 22,2 % en Alemania, 18,1 % en Holanda, 15,2 % en Dinamarca y 10,7 % en Grecia.



Diferencias tan marcadas en la utilización de los neurolépticos de acción prolongada no pueden ser explicadas únicamente por motivos clínicos. Podemos presuponer entonces una compleja interrelación entre factores relativos a los pacientes y otros determinantes derivados de los médicos, enfermeras, cultura institucional, mecanismos de financiación y estrategias de comercialización de las compañías farmacéuticas⁷¹, con ejemplos de algunos de ellos recogidos en la tabla 13.

Paciente	Médico	Enfermería	Mecanismo de pago	Compañía farmacéutica	Farmacia (hospital)
Cumplimiento	Actitudes	Actitudes	Seguridad social	Disponibilidad	Disponibilidad
Preferencias	Formación	Formación	Seguros	Precio	Apoyo
Demografía	Experiencia	Experiencia	Privado	Mercadotecnia	
Historia de violencia	Cultura local	Cultura local			
Orden judicial					

Tabla 13. Ejemplos de determinantes que conducen a la utilización de una medicación depot. Adaptado de Citrome et al. 1996^{71w}.

2.5 Actitudes y expectativas.

Las actitudes y expectativas sostenidas frente a un determinado abordaje o tratamiento van a mediatizar obviamente su utilización o aceptación, por lo que el conocimiento de las mismas puede ser de gran ayuda para enfrentar posibles dificultades derivadas de opiniones negativas o infundadas⁷². En una reciente revisión de la literatura acerca de las actitudes mantenidas por pacientes y enfermeras⁷³, se encontraron 1374 artículos relacionados con las actitudes mantenidos por estos colectivos, sin embargo, sólo 22 trabajos cumplieron los criterios de calidad suficiente para incluirse en la revisión. De los 12 estudios con información relevante, 10 arrojaban una opinión favorable hacia el depot, así como cierta preferencia de los depot frente a la medicación oral en 5 de 6 estudios seleccionados, destacando, por ejemplo, aspectos tales como su comodidad frente a las pastillas. Los mismos autores señalan la

contradicción de estos resultados con la opinión negativa observable en general hacia este tipo de medicación, explicándolo como un sesgo de las investigaciones revisadas que pudieron estudiar fundamentalmente pacientes "cumplidores", quedando infrarrepresentados aquellos con una opinión negativa hacia la medicación inyectable que en muchas ocasiones se negarían a su utilización y lógicamente no serían investigados. Los autores concluyen que la información de calidad que disponemos acerca de las actitudes de los pacientes y enfermeros frente a la medicación depot es escasa, necesitándose investigaciones controladas en el futuro que incluyeran la satisfacción con el tratamiento como una medida de resultados. Mientras tanto, la información disponible apuntaría hacia una actitud positiva por parte de los pacientes a los tratamientos depot en opinión de los autores. Esta última conclusión es rebatida directamente con una carta de respuesta que supone una valoración menos favorable por parte de los pacientes si se estudiaran poblaciones al azar, aconsejando a los clínicos intentar aumentar la adherencia al tratamiento no exclusivamente con el recurso a la medicación inyectable⁷⁴.

En relación con las actitudes de los profesionales, la revisión británica encontró pocos estudios que focalizaran sobre enfermería, observándose algunas diferencias entre los enfermeros comunitarios (CPNs), con una actitud más favorable que los enfermeros de Atención Primaria que por otra parte se mostraban menos seguros de sus habilidades en este aspecto.

Otro estudio de actitudes entre profesionales médicos, de enfermería y otros, encontró algunas diferencias entre estos grupos. Mientras los médicos

señalan su sobreutilización (hasta en un 39 % de los pacientes de una de las áreas australianas estudiadas), enfermería no era de esta opinión considerando que incluso pudieran estar infrautilizados, sobre todo en algunas áreas. La indicación principal para ambos grupos era una pobre adhesión al tratamiento oral, sin embargo, los médicos se diferenciaban de los enfermeros al no considerar mayoritariamente la necesidad de un cambio a medicación depot por secundarismos de los tratamientos orales, así como tampoco valoraban las preferencias del paciente como un eventual motivo de cambio. En relación con los posibles problemas derivados de los tratamientos depot, los médicos señalaron en menor medida la limitación de los derechos de los pacientes, así como las reacciones locales a la inyección⁷⁵.

2.6 Aspectos éticos y derechos individuales.

En relación con los derechos individuales, en un principio los pacientes (y sus valedores) hicieron campaña en contra de la mera institucionalización asilar, reivindicando el acceso al tratamiento específico en mejores condiciones. Mas tarde, llegó la exigencia de respeto al rechazo al tratamiento que es defendido incluso desde posturas extremas, por ejemplo, por asociaciones como la *“red mundial de usuarios y supervivientes de la psiquiatría”*⁷⁶. Mas recientemente el debate se ha dirigido hacia el derecho a un tratamiento efectivo⁷⁷. En el contexto de las corrientes desinstitucionalizadoras y tratamiento comunitario subsiguiente, el respeto al rechazo al tratamiento es mantenido por los defensores de los derechos civiles individuales, defendiendo la autonomía personal y control individual sobre la medicación. Obviamente, en

el caso de pacientes potencialmente disruptivos en sus conductas, fácilmente aparecerán tensiones al considerar los derechos personales y legales del paciente que pueden colisionar con sus propias necesidades médicas y los intereses del resto de la comunidad.

Los problemas éticos relacionados con el tratamiento psicofarmacológico pueden encuadrarse en tres ámbitos⁷⁸:

- 1) La indicación: límite del tratamiento y balance coste – beneficio.
- 2) La prescripción: elección del fármaco más adecuado.
- 3) El propio paciente: información a suministrar y eventual negativa al tratamiento.

En el caso de la medicación depot los conflictos derivados de la indicación, así como los referidos a la elección (prescripción) del fármaco particular más adecuado, podemos presuponer que son similares a los existentes al considerar la posibilidad de un tratamiento oral. También muchos de los conflictos éticos que pueden aparecer al considerar el ámbito del propio paciente, son similares a la medicación oral. Sin embargo, con los tratamientos depot encontramos algunos principios en mayor riesgo de conculcación, como pudiera ser el derecho del paciente a la negativa al tratamiento psicofarmacológico, encuadrado éticamente en el respeto a la autonomía del paciente, derecho más fácilmente vulnerable debido a las propias características de la vía de administración. Posibles situaciones de excepción donde un tratamiento puede ser indicado de forma involuntaria serían las situaciones de urgencia (no aplicable generalmente en el caso de los

antipsicóticos depot) y los problemas con la competencia del paciente y los problemas derivados para terceros de las propias decisiones del paciente.

En aquellas situaciones en que el paciente no es considerado competente para decidir sobre su tratamiento, aún así, parece oportuno aconsejar su participación en el mayor número de aspectos preferenciales hacia dicho tratamiento. Con la compensación psicopatológica y recuperación de la competencia, pudiera darse la eventualidad de no querer continuar el tratamiento iniciado que en último término habrá de ser aceptado así desde el exterior. En algunos países existe la posibilidad de forzar un tratamiento farmacológico judicialmente, aunque si las ordenes judiciales no se ven acompañadas de una activa relación entre el sistema sanitario y el judicial también tienden a fracasar con el tiempo^{38W}. En España el tratamiento involuntario sólo puede realizarse de forma implícita en el caso de haberse autorizado un ingreso forzoso. De forma ambulatoria no existe la posibilidad legal de instaurar un tratamiento en contra de la voluntad del paciente a no ser que venga respaldado por una sentencia legal condenatoria. De cualquier forma, tal y como por ejemplo denuncia el grupo de salud mental de la asociación británica de asistentes sociales con explícita referencia a la medicación depot⁷⁹, hemos de ser conscientes que en aquellos lugares donde se utiliza, el tratamiento forzado en la comunidad con mucha frecuencia se traduce exclusivamente al “tratamiento farmacológico forzado en la comunidad”, generalmente en forma de medicación depot sin otro tipo de abordajes rehabilitadores o psicoterapéuticos.

El traspaso del peso asistencial a la comunidad, si bien no destapa nuevos conflictos éticos en la práctica asistencial, si presenta algunos aspectos suficientemente diferenciados para justificar una referencia específica, mas allá de los conflictos arriba citados. Algunos dilemas éticos más evidentes en la práctica comunitaria serían aquellos que aparecen al considerar⁸⁰:

- 1) La privacidad. En nuestro caso, por ejemplo, en riesgo si se consideran visitas domiciliarias en situaciones de crisis o como estrategia para garantizar el suministro de la inyección.
- 2) La confidencialidad. Pudiendo verse amenazada a través de llamadas indiscriminadas de seguimiento, refuerzo o recordatorio ante inasistencias. Así como a través de informaciones compartidas entre diversas instituciones.
- 3) La coerción. Radicando el problema en saber si hay diferencias entre los diversos tipos de presión utilizados sobre un determinado paciente para que siga un tratamiento. Una perspectiva útil para salir al paso del dilema sería considerar que las “amenazas” (sean del tipo que sean) coaccionan, mientras que los “ofrecimientos” de algún beneficio añadido (al que el paciente no tendría derecho en sí mismo) no lo hacen. En el caso de la medicación depot y dado que en nuestro entorno no es posible el tratamiento forzoso de manera ambulatoria, a la hora de convencer a un paciente de la necesidad u oportunidad de un determinado tratamiento, la frontera entre la deseable “persuasión”, con recurso exclusivo a la razón, y la velada “coerción” con amenazas mas o menos vagas, puede convertirse en un problema ético de primera magnitud.

Cabe recordar que los aspectos anteriores son recogidos en extenso en la recientemente promulgada Ley Básica de Autonomía de los Pacientes⁸¹, que junto a otra serie de cuestiones se refiere explícitamente al derecho a la información sanitaria, el derecho a la intimidad y el respeto a la autonomía del paciente (Tabla 14).

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

Tabla 14. Cuatro primeros principios básicos del Artículo 2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En definitiva y sin ser necesario extenderse mas en la cuestión, simplemente queriendo llamar la atención sobre la importancia que encierra, los problemas éticos derivados de un tratamiento depot no aceptado libre e informadamente por el paciente no son muy diferentes a aquellos otros derivados de cualquier tratamiento involuntario. Una vez considerados los aspectos relativos al consentimiento informado y la competencia de los pacientes⁸²⁻⁸³, para completar la perspectiva que nos haga entender mejor la situación habremos de considerar las opiniones específicas en contra de los tratamientos forzados, los contra-argumentos a su favor, los matices diferenciales existentes entre sus defensores y el problema del abuso⁸⁴.

2.7 Pautas de tratamiento.

Como con cualquier otro tipo de tratamiento, una vez establecida su conveniencia será necesario informar adecuadamente de sus objetivos, limitaciones y posibles efectos secundarios al paciente. Dado el carácter especialmente invasivo de un tratamiento inyectable en forma de depósito, este requisito es especialmente susceptible de no ser tenido suficientemente en cuenta⁸⁵, previsiblemente empeorada la situación por temor a la supuesta mala disposición del paciente. Aunque pueden existir algunas dudas acerca de la utilidad de escritos mas o menos densos, especialmente en pacientes con limitaciones cognitivas, ocasionalmente se utilizan folletos, disponibles también en Internet⁸⁶⁻⁸⁷⁻⁸⁸⁻⁸⁹, con el fin de informar de diversos aspectos relativos al tratamiento depot. En el anexo I se presenta un ejemplo de hoja informativa que podría utilizarse con estos fines. La necesidad de un adecuado compromiso entre médico y paciente también ha llevado a aconsejar la utilización de algún tipo de “contrato” (firmado o no) a modo de consentimiento informado que regule además el contenido y objetivo del tratamiento durante un largo periodo de tiempo (mínimo 1 año, preferible 3 a 5 años). Este tipo de posicionamiento frente al paciente y sus allegados eliminaría de base posibles reservas éticas o legales frente a la utilización de medicaciones depot^{52W}. En cualquier caso, la información escrita nunca podrá sustituir a la información oral suministrada a pacientes y familiares.

De cara a iniciar un tratamiento depot, si bien en algún caso puede hacerse en un paciente no tratado previamente, lo más habitual suele ser el

cambio en un paciente ya medicado por vía oral. En caso de pasar de la vía oral a la depot, se aconseja inicialmente administrar una dosis de la medicación depot equivalente al 50 % de la utilizada con el neuroléptico oral (por ausencia del efecto de primer paso). Siendo aun más prudentes y para evitar la posible aparición de algún tipo de secundarismo, puede incluso iniciarse el tratamiento (sobre todo en el caso de los ancianos) con una dosis equivalente al 25 % de la oral. De esta forma se disminuiría tanto el riesgo de aparición de eventuales efectos secundarios, como posibles reacciones de intolerancia al excipiente oleoso⁵⁷⁻⁵⁰.

También es importante tener en cuenta otras consideraciones, como puede ser el caso de un paciente que está recibiendo altas dosis de medicación oral y en el que habrá de valorarse la posibilidad de no haber estado tomándola realmente, no haber sido absorbida adecuadamente o metabolizarla rápidamente. En cualquiera de estos casos, la dosis adecuada de medicación depot será siempre mucho menor que la resultante de la conversión arriba indicada. Como sucede con los neurolépticos orales, las mediciones regulares de la concentración plasmática con fines de ajustes de dosis no resultan por el momento de mucha utilidad. En casos de insuficiencia del efecto terapéutico, efectos secundarios inesperados, interacciones farmacológicas, enfermedades hepáticas o renales, o dudas acerca del cumplimiento (orales) podría estar indicada su medición. Aunque los efectos de enfermedades renales o hepáticas en la farmacocinética de los depot no están suficientemente estudiados, el descenso en la función renal no parecería tener un impacto significativo ya que la eliminación es fundamentalmente hepática.

Con alteraciones hepáticas leves o moderadas no serían necesarios grandes ajustes en la dosificación dada la lenta liberación del fármaco. En caso de afectación sustancial se puede requerir alguna reducción en la dosis, de igual forma que se recomienda en los ancianos. En el caso de los fumadores, ocasionalmente pueden requerirse dosis más altas al aumentarse la metabolización por inducción enzimática⁹⁰.

Ocasionalmente también se han descrito otras formas de iniciar un tratamiento. Una variante es empezar con una dosis doble de lo habitual en la primera inyección, para continuar con las posologías e intervalos habitualmente recomendados. También puede buscarse el equilibrio estacionario de una forma más rápida con dosis menores de lo habitual en intervalos más cortos^{52W}.

Algunos autores han propuesto un periodo de lavado, sin medicación oral, durante la semana previa al inicio del tratamiento depot. Su objetivo sería disminuir el riesgo de reacciones extrapiramidales graves, debido a la ya existente saturación de los tejidos por el neuroléptico y sus metabolitos liposolubles que son lentamente liberados y eliminados. Sin la semana de lavado, el neuroléptico de depósito se sumaría al oral ya acumulado, aumentando así los riesgos de reacciones extrapiramidales, anticolinérgicas, de sedación o hipotensión⁹¹, lo que, además, podría incidir negativamente sobre la adherencia posterior al tratamiento.

En la práctica, cuando se cambia de un tratamiento oral a otro de mantenimiento con un depot, normalmente los dos se solapan en un principio

hasta ajustar las dosis del segundo. Así, durante las primeras semanas del tratamiento se mantiene la formulación oral, que se irá reduciendo progresivamente hasta su eliminación previsiblemente durante los 3 primeros meses. A la vez, la dosis del fármaco depot podrá ser aumentada en un 25 % por inyección. Encontrar la dosis óptima de mantenimiento puede ser difícil, al depender en muchas ocasiones de reactivaciones sintomatológicas o aparición de efectos adversos. En general se recomiendan dosis moderadas de mantenimiento (entre 300-600-1000 mg. equivalentes de clorpromacina)^{69W-92}. Sólo en caso de aparecer síntomas extrapiramidales estaría indicado la prescripción de anticolinérgicos en formulación oral diaria.

Un motivo importante de abandono del tratamiento puede derivarse de la aparición de efectos secundarios molestos para el paciente, por lo que se han ensayado también pautas de dosificación mínima o baja. Algunos estudios han encontrado parecidos resultados con 5-10 mg. de decanoato de flufenacina cada 2 semanas al compararlos con 25-50 mg. quincenales, lo que podría apuntar hacia una estrategia de tratamiento adecuada para aquellos casos más reticentes frente al inyectable por temor a posibles efectos secundarios. Este tipo de dosis mínima efectiva, que requiere una estrecha vigilancia del paciente y colaboración con la familia para prevenir recaídas graves, podría ensayarse con reducciones graduales de la dosis a lo largo de varios meses. Teniendo en cuenta que con las dosis más bajas se observa una mayor tasa de recaídas, a la hora de establecer la dosis adecuada de mantenimiento, el clínico necesita considerar varios factores tan diferentes entre si como: riesgo de discinesia tardía a largo plazo, efectos disfóricos, posibilidad de recaída grave o suicidio,

alteraciones secundarias a un empeoramiento de menor intensidad..., pudiendo ser preferible para algunos evitar efectos adversos más severos a costa de unas pocas recaídas adicionales si estas no implican hospitalización o producen una seria alteración en el funcionamiento del individuo⁶⁰. La aparición de ligeros síntomas prodrómicos aconsejaría el aumento de la dosis hasta el nivel previo⁹³, aunque dado que cualquier ajuste de dosis necesita de 3 a 5 vidas medias del fármaco para alcanzar un nuevo estado de equilibrio, el incremento en las dosis intramusculares de la medicación depot tarda demasiado en alcanzar su efecto deseado. por este motivo, se recomienda la rápida suplementación oral ante cualquier signo de recaída, para volver a disminuirla gradualmente con posterioridad⁶⁰.

En el otro extremo del rango de dosificación, también se han utilizado megadosis. Sobre todo en episodios agudos o presentaciones resistentes de la enfermedad se han utilizado, por ejemplo, pautas de 75-100 mg de decanoato de flufenacina cada 3 días, durante 3 semanas, o incluso 250-400 mg cada 15 días, durante 6 a 15 semanas³³. En cualquier caso y en general, dosis altas de neurolépticos depot parecen no estar justificadas sobre la base del conocimiento actual⁹⁴, así como el uso de estrategias de dosis de carga resulta cuestionable debido al riesgo de sobredosificación que comportan. Si el estado clínico del paciente requiere de algún ajuste al alza de la dosificación, puede ser más oportuna la adición temporal de una forma de acción corta del fármaco por vía oral o parenteral⁵².

En la tabla 15 se presentan las equivalencias aproximadas de clorpromacina para diferentes pautas de dosificación de decanoato de flufenacina, así como aquellas dosis consideradas no recomendables. En la tabla 16 se resumen las pautas de dosificación y parámetros farmacocinéticos de los diferentes antipsicóticos clásicos depot de acuerdo con diferentes autores.

Pauta de dosificación del decanoato de flufenacina (presentación en viales de 1 ml./25 mg.)											
Dosis semanal			Dosis cada 2 semanas			Dosis cada 3 semanas			Dosis cada 4 semanas		
Dec.Flu. (mg.)	Flu. Oral (mg.)	E. Clor. (mg.)	Dec.Flu. (mg.)	Flu. oral (mg.)	E. Clor. (mg.)	Dec.Flu. (mg.)	Flu. oral (mg.)	E. Clor. (mg.)	Dec.Flu. (mg.)	Flu. oral (mg.)	E. Clor. (mg.)
6.25 (.25 cc)	10	500	6.25 (.25 cc)	5	250	6.25 (.25 cc)	3.3	165	6.25 (.25 cc)	2.5	125
12.5 (.50 cc)	20	1000	12.5 (.50 cc)	10	500	12.5 (.50 cc)	6.6	333	12.5 (.50 cc)	5.0	250
18.75 (.75 cc)	30	1500	18.75 (.75 cc)	15	750	18.75 (.75 cc)	10.0	500	18.75 (.75 cc)	7.5	375
25 (1.0 cc)	40	2000	25 (1.0 cc)	20	1000	25 (1.0 cc)	13.3	665	25 (1.0 cc)	10.0	500
37.5 (1.50 cc)	60	3000	37.5 (1.50 cc)	30	1500	37.5 (1.50 cc)	20.0	1000	37.5 (1.50 cc)	15.0	750
50 (2.0 cc)	80	4000	50 (2.0 cc)	40	2000	50 (2.0 cc)	26.3	1315	50 (2.0 cc)	20.0	1000

Nota: Las dosis de decanoato de flufenacina (Dec. Flu.) se convierten a dosis orales de flufenacina (Flu. oral) y a una estimación de las dosis orales equivalentes de clorpromacina (E. Clor.) oral. Las conversiones del decanoato de flufenacina se basan en la regla empírica sugerida por Kane (25 mg. cada 3 semanas de decanoato es equivalente a 665 mg. de clorpromacina diarios). Estos son valores determinados de forma teórica y deberán ser interpretados de forma aproximativa. Por este motivo, las comparaciones de las dosis diarias equivalentes de clorpromacina derivadas de estos valores no deberán compararse con los rangos de dosis orales recomendadas por el Equipo de Investigación en Resultados de los Pacientes (PORT). Sin embargo, dosis de decanoato bajo la línea resaltada NO son recomendables.

Tabla 15. Dosificación del decanoato de flufenacina y equivalencias de clorpromacina. Lehman y cols. 1998^{92w}. Utilizado con autorización.

Fármaco	Dosis equivalentes en mg. ¹	Dosis recomendada ¹	Dosis máxima ¹	Intervalo recomendado entre dosis (semanas) ²	Dosis máxima ²	Tiempo para concentración máxima en plasma ¹	Semivida de eliminación (días) ²
Decanoato Bromperidol	---	---	---	4	300	---	21
Decanoato Haloperidol	100/ 4 semanas	50-300/ 4 semanas	Ver rangos recomendados	4	400	3-9 d	21
Decanoato Clopentixol	---	---	---	1-4	600	---	19
Decanoato Flupentixol	40 / 2 semanas	20-300/ 2-4 semanas	400/ 1 semana	2-4	200	3-7 d	17
Decanoato Zuclopentixol	200/ 2 semanas	200-400/ 2-4 semanas	600/ 1 semana	2-4	400	4-7 d	19
Decanoato Flufenacina	25/ 2 semanas	12.5-100/ 2-5 semanas	Ver rangos recomendados	2-4	50	8-24 h	14
Enantato Flufenacina	---	---	---	1-4	100	---	N.D.
Decanoato Perfenacina	---	---	---	3-4	432	---	27
Enantato Perfenacina	---	---	---	2	200	---	7
Palmitato Pipotiaccina	50/ 4 semanas	50-100/ 4 semanas	200/ 4 semanas	4	200	12-24 h	14-21
--- Fluspirileno	N.A.	2-8/ 1 semana	20/ 1 semana	1	---	24-72 h	> 72 horas

Tabla 16. Dosificación y parámetros farmacocinéticos de los diferentes antipsicóticos clásicos depot. ¹ Barnes y Curson, 1994^{57w}. ² Denker y Axelsson, 1996^{52w}.

2.8 Biperideno.

La asociación de biperideno (Akineton®) intramuscular a la inyección de neuroléptico depot es una práctica relativamente frecuente, pero de difícil justificación farmacológica dado que para cuando se alcanza la concentración pico del neuroléptico, por ejemplo de flufenacina (24-48 h.), el biperideno ya se ha eliminado (v.m. 8 h.), obviamente imposibilitado para contrarrestar potenciales efectos secundarios a lo largo de las semanas que se mantiene el depot. En los casos donde sea necesario salir al paso de eventuales efectos secundarios del antipsicótico, la actitud adecuada pasaría por la instauración de un tratamiento coadyuvante diario en forma oral, no existiendo motivos para duplicarse intramuscularmente en el momento de la inyección del depot⁹⁵. En caso de desearse la administración conjunta de ambas sustancias, el laboratorio que comercializa el biperideno no aconseja su combinación en la misma jeringa al no poderse garantizar la estabilidad de la mezcla. La administración parenteral parece indicado reservarse para tratar las reacciones distónicas agudas donde se aconsejan pautas intravenosas lentas de 2 mg en al menos 2 minutos, o intramusculares, pudiendo repetirse ambas cada 30 minutos hasta un máximo de 4 dosis. En España la presentación del biperideno es en ampollas de 5 mg. en 1 ml.

3. ZONAS Y TÉCNICAS DE INYECCIÓN

3.1 Zonas de inyección.

La medicación depot se administra normalmente por inyección intramuscular. En el caso del decanoato de flufenacina y según consta en la ficha de producto, también puede ser utilizado por vía subcutánea, aunque esta no es una práctica habitual. La inyección intramuscular busca depositar la medicación, una vez atravesada la fascia muscular, bajo la capa grasa subcutánea. Comparativamente con el tejido subcutáneo, el músculo esquelético presenta una mayor rapidez de absorción a través de sus fibras, así como minimiza las molestias dolorosas al presentar menor inervación sensible.

Aún así, algunos autores alertados por diversas lesiones observadas en exploraciones rutinarias de TAC y atribuidas a antiguas inyecciones intramusculares, han estudiado la capa grasa y prácticas de inyección en un hospital americano para concluir que menos del 5% de las mujeres y del 15 % de los varones recibirían realmente la inyección en la masa muscular de los glúteos⁹⁶. En este caso, las mediciones de la capa grasa glútea y la experiencia clínica con el TAC indicarían que las inyecciones supuestamente intramusculares serían intralipomatosas más como regla que como excepción. Recordando que a la luz del conocimiento no puede aseverarse inequívocamente que tipo de inyección es mejor (intramuscular o intralipomatosa), si se quiere asegurar que la inyección alcanza realmente la masa muscular, se necesitarán agujas de longitud apropiada para la zona de la

inyección y los depósitos grasos del paciente. La infraestimación de la longitud de las agujas bien pudiera ser secundaria al buen deseo de evitar el supuesto dolor a los pacientes o también, y sobre todo, en el caso de los pacientes más obesos. En cualquier caso y dado que la capa grasa en la zona glútea es a menudo mayor de 3,5 cm. es muy probable que en la práctica habitual muchas inyecciones no sean realmente intramusculares⁹⁷.

Se describen cinco zonas principales que pueden ser utilizadas para una inyección intramuscular:

- 1) Glúteo mayor: zona dorso glútea en el cuadrante superior externo de la nalga. Utilizado habitualmente en nuestro medio para suministrar una medicación depot. Su relativa comodidad no debe hacernos perder de vista otros aspectos problemáticos como es la presencia de paquetes vásculo-nerviosos importantes, la relativamente lenta tasa de absorción y la gruesa capa adiposa que cubre el músculo. Se aconseja que la inyección se suministre al paciente tumbado boca abajo o de lado, con el fémur en rotación interna para minimizar molestias. Normalmente se aconsejan agujas de 50 a 64 mm de longitud⁵⁷.
- 2) Zona ventroglútea: zona exterior bajo de la cadera. Con acceso a la gran masa muscular del glúteo medio y menor. A pesar de su relativamente escasa utilización en adultos, la revisión de la evidencia y literatura relacionada existente en la actualidad ha hecho que sea propuesta como lugar de elección ideal para las inyecciones intramusculares depot por el menor riesgo de lesión nerviosa o vascular, así como menor capa

superficial de tejido graso⁹⁸⁻⁹⁹. Requeriría una aguja de 38 mm de longitud⁹⁹.

- 3) Deltoides: hombro. Lugar de inyección elegido en algunas clínicas por su facilidad de acceso^{28W}, ocasionalmente se ha asociado a una relativamente alta tasa de complicaciones¹⁰⁰. En cualquier caso, podemos considerar que no es un lugar habitual para este tipo de inyecciones¹⁰¹, aunque hay autores que lo recomiendan por la menor percepción dolorosa y vergonzosa para el paciente¹⁰². Se aconsejan agujas de 25 mm a 38 mm⁹⁹.
- 4) Recto femoral del cuadriceps: cara anteromediana del muslo. Puede ser utilizada por pacientes que se auto suministran la medicación.
- 5) Vasto lateral del cuadriceps: tercio inferolateral del muslo. De fácil acceso y que presenta un menor riesgo de lesión nerviosa o vascular.

Sin ser una práctica extendida, ocasionalmente también se ha recomendado la inyección subcutánea del fármaco, tras haberse observado una menor frecuencia de reflujo hacia el exterior que con las inyecciones intramusculares y menos quejas de dolor asociado^{28W}. También se han realizado experiencias puntuales instruyendo a los pacientes a autoadministrarse pequeñas dosis de decanoato de haloperidol por vía subcutánea, utilizando una jeringa de insulina que minimizaría la percepción dolorosa y evitaría posturas potencialmente vergonzosas para el paciente. Este tipo de estrategia, que no parecería adecuada para la gran mayoría de pacientes, sin embargo, bien pudiera considerarse para algunas personas con buena conciencia y control sobre la enfermedad. En estos casos sería

imprescindible, además, una estrecha colaboración con el psiquiatra y permanecer muy alerta ante eventuales signos de descompensación que requerirían de ajustes farmacológicos adicionales¹⁰³.

3.2 Reacciones locales.

En si misma la inyección del depot es dolorosa en una parte de los pacientes, que refieren un curso típico con un nivel máximo justo tras la inyección, declinando para el segundo día y desapareciendo hacia el décimo si no existen complicaciones, siendo algunos preparados como el zuclopentixol más dolorosos que otros¹⁰⁴. Se han ensayado diversas estrategias para intentar disminuir las molestias y dolor asociadas. Por ejemplo parece ser que la presión previa de la zona durante 10 segundos disminuye la percepción dolorosa posterior¹⁰⁵⁻¹⁰⁶, así como la rotación interna del fémur ayuda a relajar mejor el glúteo mayor disminuyendo también el dolor¹⁰⁷. La utilización de una o dos agujas para la aspiración e inyección posterior, intentando evitar la eventual irritación asociada a la persistencia de fármaco en el exterior de la aguja, no se ha encontrado asociada a una mayor percepción dolorosa¹⁰⁸. Otra técnica, necesitada de mayor investigación acerca de su efectividad, sugiere apoyar la punta de la aguja sobre la piel y, si no hay percepción dolorosa en el punto de contacto, introducirla en ese mismo lugar. En caso de sentirse dolor, la aguja se mueve 2 ó 3 mm hasta encontrar un punto no doloroso, coincidente con un lugar donde no existan receptores nociceptivos⁹⁹.

Además del dolor, las inyecciones repetidas de la medicación pueden producir complicaciones locales, mas o menos dolorosas, tales como bultos, induraciones o abscesos^{57W}. Ocasionalmente también podrían aparecer reacciones alérgicas secundarias al vehículo oleoso (por ejemplo, aceite de coco)¹⁰⁹. De forma extraordinaria se ha descrito un linfoma de células B difuso en el lugar de la inyección, tras 10 años de tratamiento en una mujer de 70 años, suponiéndose originado en la estimulación antigénica local continuada¹¹⁰. En caso de observarse induraciones o bultos sensibles o dolorosos pueden aconsejarse baños calientes, calor local y ejercicio moderado (paseos) para favorecer su reabsorción.

La propia acción traumática de la inyección suele ser la causante de muchas de las molestias asociadas, sobre todo con su repetición en el mismo lugar sin alternancia. El reflujo hacia el tejido subcutáneo puede ser otra gran causa de irritación y complicaciones dolorosas. En el caso de fármacos disueltos en un vehículo acuoso este fenómeno resulta más fácil que aquellos en presentación oleosa, precisamente por la viscosidad de estos últimos. Entre los neurolépticos depot, el fluspirileno (no comercializado en España), precisamente por su particular suspensión en vehículo acuoso, volúmenes relativamente grandes y la necesidad de inyecciones más frecuentes (semanal) se ha asociado con más altas tasas de efectos secundarios en el lugar de la inyección. Las medicaciones depot en vehículo oleoso, si bien presentan menores niveles de complicaciones, tampoco están libres de ellos, por lo que un especial cuidado se recomienda en la técnica de inyección utilizada.

En un reciente trabajo que estudia 2354 inyecciones en 224 pacientes, se encuentra que 42 (19,3 %) pacientes experimentaron problemas a nivel local, mientras que 18 (8,3 %) las mantuvieron de forma crónica. Los 84 episodios de problemas agudos fueron 31 episodios de dolor inusual, 21 de sangrado o hematoma, 19 de salida hacia afuera de una cantidad significativa de fármaco, 11 induraciones inflamatorias agudas y 2 de nódulos transitorios¹¹¹. A pesar de que el trabajo no controla variables como la técnica de inyección empleada, rotación del lugar de inyección, número previo de inyecciones u otras que bien pudieran estar asociadas con una mayor incidencia de reacciones locales¹¹², su carácter observacional le confiere el mayor interés al llamar la atención sobre un aspecto del tratamiento que a veces no se tiene suficientemente en cuenta.

3.3 Técnicas de inyección.

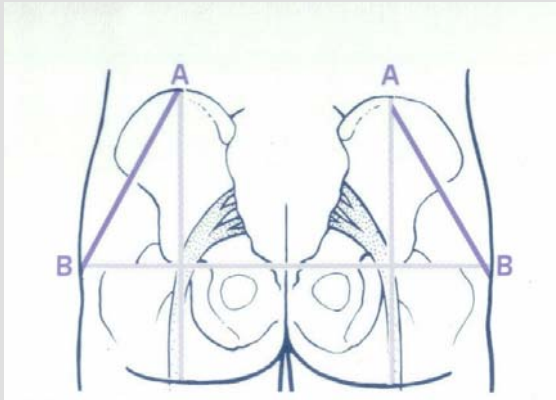
Una de las principales prácticas preventivas de posibles complicaciones locales es la alternancia regular e inspección rutinaria del lugar de inyección. Junto a ello se han descrito técnicas más específicas para este tipo de inyecciones como:

- a) "Técnica en Z". Práctica habitual en el Reino Unido. Aconsejable en general para medicamentos muy irritantes de los tejidos¹¹³.
- b) "Técnica de la burbuja de aire". Extendida en Estados Unidos y Canadá⁹⁸⁻⁹⁹. Aunque en la actualidad son cuestionadas su utilidad y justificación científica.

c) “Técnica en Z modificada”. Resulta de la combinación de las dos anteriores¹¹⁴⁻¹¹⁵ y se recoge en la tabla 17.

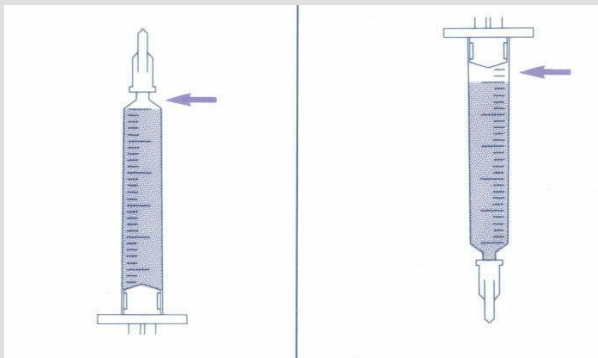
Los estudios que han buscado comparar la efectividad de las diferentes técnicas han encontrado resultados no consistentes, sin diferencias entre ambas técnicas¹¹⁶, o bien a favor de la técnica “en Z”¹¹⁷ al compararla con la “burbuja” o con la técnica estándar¹¹⁸.

- Indicar al paciente que se agache hacia delante con los pies hacia dentro, como posición relajada que favorece la técnica en Z.



- Examinar las nalgas visualmente (edema, abscesos, enrojecimientos, lesiones...) y a la palpación (induraciones, calor, dolor...).

- Seleccionar el lugar de inyección en el cuadrante superior externo de la nalga, en un lugar libre de complicaciones a lo largo de una diagonal imaginaria que cruce ese cuadrante (1).



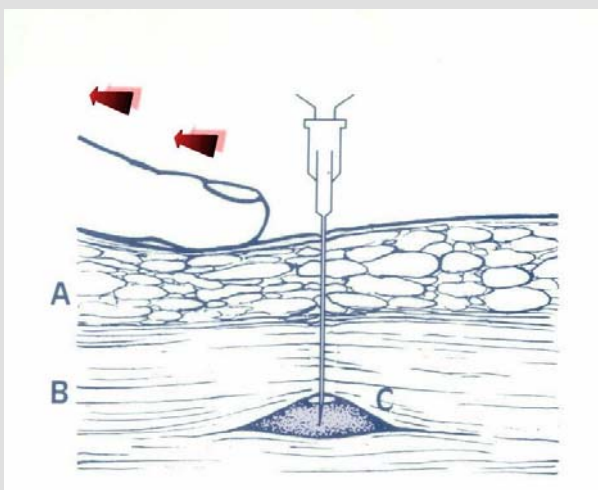
- Romper la ampolla del medicamento con cuidado (podrían caer partículas de cristal).

- Aspirar con una aguja corta de gran calibre (2), solo momentos antes de la inyección para evitar posibles interacciones con el material de la jeringa.

- Terminar aspirando una pequeña burbuja de aire (0.1 cc) que se inyectará al final para "limpiar" los restos de fármaco en la aguja.

- Cambiar de aguja, para evitar que pequeños residuos del fármaco en el exterior de la aguja iriten el tejido doliendo.

- Elegir una aguja de suficiente tamaño para alcanzar el músculo glúteo mayor. Personas delgadas: 4 cm, calibre 22 para base acuosa y 21 para oleosa; corpulencia media: 5 cm, calibre 21 para ambas bases; obesos: aguja raquídea de 6 cm, calibre 20 (la técnica en Z no se recomienda con este tipo de aguja).



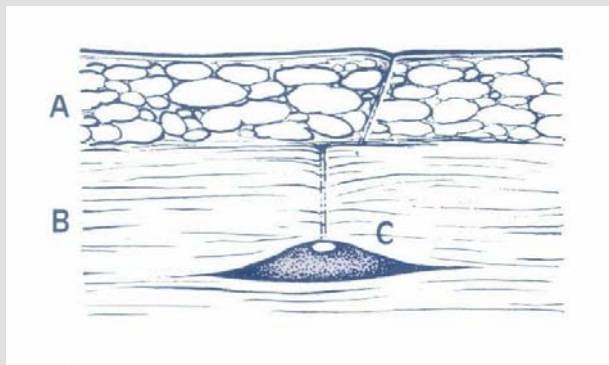
- Desinfectar el área de inyección con alcohol, dejando secar bien para evitar irritaciones.

- Con la mano izquierda desplazar la piel hacia un lado y sujetar con firmeza (esta es la base de la técnica en Z).

- Mantener la piel tensa e insertar la aguja perpendicularmente, la burbuja de aire subirá al fondo de la jeringa. Si hay resistencia a la entrada de la aguja puede existir alguna complicación localizada, cambiarla y elegir otro lugar de inyección.

- Aspirar para asegurarse de no haber pinchado un vaso sanguíneo (3) y retirar el aire de la aguja, si aparece sangre extraer la aguja y desechar la inyección.

- Seguir manteniendo la piel tensa e inyectar muy lentamente para evitar la expansión rápida del tejido. Inyectar la burbuja de aire (nunca más de 0,25 cc) para forzar la salida de la última gota de fármaco y evitar se deposite en el tejido subcutáneo en el momento de retirar la aguja.



- Esperar 10 segundos antes de retirar la aguja para permitir que la medicación se difunda por el músculo. Retirar la aguja rápidamente y liberar la piel inmediatamente, lo que actúa como un obturador, cerrando el punto de entrada de la aguja en el músculo para prevenir el reflujo e irritación del tejido subcutáneo.

- Aplicar una ligera presión con una pequeña compresa en el lugar de la inyección.

- No masajear para evitar la exudación fuera del músculo e irritación subcutánea.

- Proteger el lugar del pinchazo.

Tabla 17. Técnica combinada (burbuja de aire y Z) para inyecciones intramusculares. Adaptado de MC Belanger, 1985¹⁵. Notas: (1) En la actualidad se recomienda la zona ventroglútea como más adecuada. (2): Otros autores aconsejan la utilización de agujas finas o filtro para evitar la absorción de partículas extrañas. (3) Se recomienda mantener la aspiración de 5 a 10 segundos para garantizar no haber alcanzado un vaso con flujo reducido.

Otros encuentran en la revisión de la literatura que es la técnica “en Z” la más indicada, siempre al compararla con la inyección sin otra técnica específica, así como llaman la atención ante el hecho de que ninguno de los artículos consultados en su revisión hace mención al hecho de separar la aguja de la jeringa previamente al pinchazo, dando por supuesto no ser esta una práctica adecuada¹⁹. En la tabla 18 se presentan las principales conclusiones de una reciente y completa revisión en relación con la preparación y administración de medicación intramuscular^{98W}.

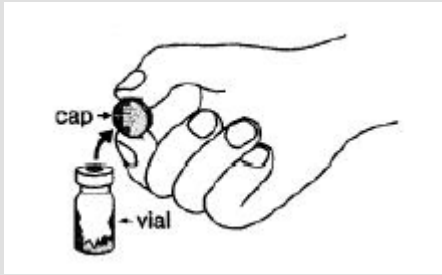
1. Comprobar la medicación, fecha caducidad, dosificación pauta y método de administración con otra enfermera. (Posiblemente referido a entornos hospitalarios donde el número, frecuencia y diversidad de medicaciones generan un mayor riesgo de equivocaciones que la rutina de dispensación de una clínica depot).
2. Utilizar una aguja filtro o bien una de calibre 23 o menor para aspirar el fármaco.
3. Cambiar de aguja tras la aspiración del fármaco.
4. Utilizar una aguja de longitud apropiada para asegurar que el fármaco será depositado en el músculo. (A.- Para los músculos deltoides y cuádriceps de hombro y muslo se aconseja el test del pellizco: agarrando la piel y tejido subcutáneo entre pulgar e índice hasta palpar el músculo, la longitud de la aguja necesaria sería la mitad de la distancia entre los dedos mas 0.6-1.3 cm para la parte de la aguja que no se introduce. B.- En el caso de la zona glútea, más difícil de pellizcar, la enfermera utilizará una aguja que mida la mitad de la distancia entre los dos dedos mas lo suficiente para llegar a las capas musculares profundas y permitir que quede parte de la aguja fuera, oscilando entre los 2.5 cm. para pacientes frágiles hasta los 10-15 cm. o más para los obesos).
5. No utilizar la técnica de la burbuja de aire. (Esta recomendación genérica se realiza por la dificultad derivada de las modernas agujas para calibrar con exactitud la medicación suministrada, especialmente en caso de tener que medir cantidades muy pequeñas. Con las administraciones de un vial completo, sin necesidad de medición, no tendríamos esta limitación).
6. Utilizar la zona ventroglútea como lugar de elección, a menos que esté contraindicado.
7. Ayudar al paciente a colocarse en una posición que facilite la inyección en la zona elegida.
8. Limpiar la piel con alcohol.
9. Utilizar la técnica en Z para todas las inyecciones intramusculares.
10. Pinchar rápidamente la aguja en la piel a 90°, dejando fuera un tercio de la aguja.
11. Aspirar en búsqueda de sangre. Si aparece, retirar y repetir el todo el proceso.
12. Inyectar el fármaco a una velocidad que no exceda 1 ml. por 10 segundos.
13. Retirar la aguja rápidamente. Aplicar presión a cualquier punto sangrante.
14. No masajear la zona.
15. Desechar la aguja en un lugar seguro y documentar el proceso.
16. Observar el lugar de la inyección 2 a 4 horas tras la inyección, de forma adecuada para identificar y controlar cualquier efecto adverso.

Tabla 18. Guía clínica recomendada para inyecciones intramusculares. Adaptado de Rodger y King, 2000^{98w}.

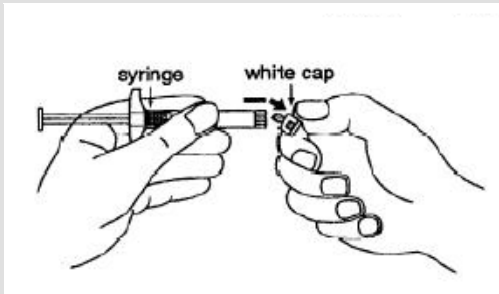
Como mejor forma de favorecer la extracción de todo el contenido del vial, ocasionalmente dificultado por la propia viscosidad de la preparación,

puede ser de utilidad práctica introducir al principio una pequeña cantidad de aire a presión, para prevenir de esta forma la creación de vacío en el vial que dificulte aún mas la aspiración.

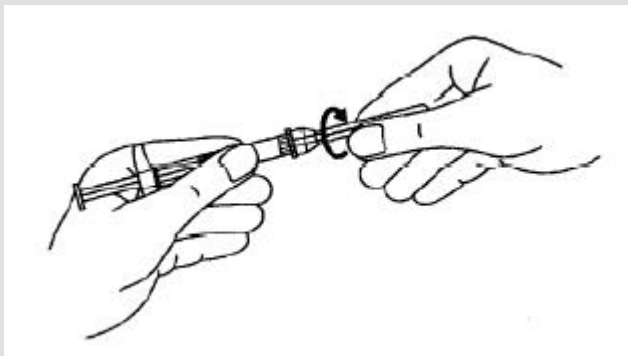
En el caso de la risperidona inyectable de acción prolongada, la técnica de inyección podría ser similar, teniendo en cuenta las particularidades de su presentación y necesidad de reconstitución previa a la inyección. El conjunto suministrado para la inyección intramuscular profunda está constituido por un vial de color que contiene la risperidona y polímero, 2ml. de solución acuosa en una jeringa precargada, dos agujas para la reconstitución y una tercera para la inyección. El laboratorio fabricante advierte que la suspensión del polvo debe realizarse sólo con el disolvente suministrado y ser administrado con las agujas también incluidas en el mismo envase, dando instrucciones completas para su uso y manejo (tabla 19).



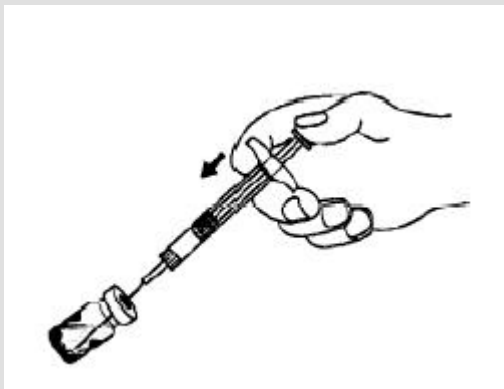
1. Retirar el envase del frigorífico con tiempo suficiente para que alcance la temperatura ambiente antes de su reconstitución.
2. Extraer la caperuza de plástico coloreado del vial.



3. Abrir la jeringa rompiendo el sello del casquillo blanco, retirándolo junto al cierre de goma interior.

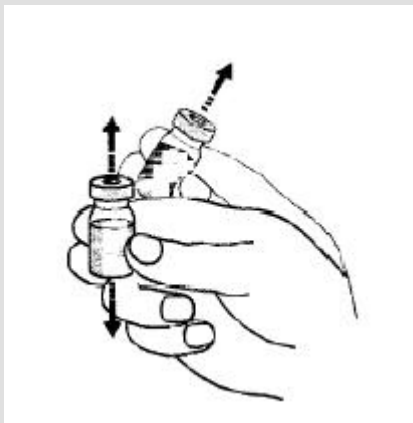


4. Ajustar una de las agujas Hypoint® a la jeringa con un simple movimiento circular en sentido de las agujas del reloj.
5. Retirar la vaina de protección de la aguja Hypoint® sin girar.



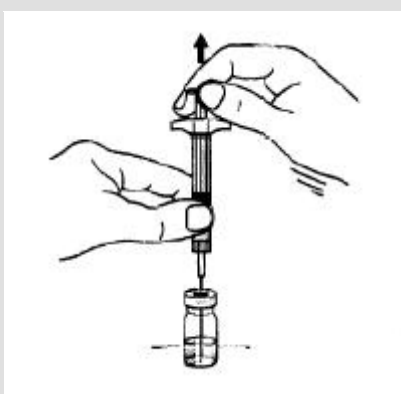
6. Inyectar en el vial todo el diluyente contenido en la jeringa.
7. Extraer del vial la jeringa con la aguja Hypoint®.
8. Desenroscar la aguja de la jeringa y desecharla en un lugar adecuado.

9. Antes de agitar el vial, fijar la segunda aguja Hypoint® a la jeringa con un simple movimiento circular en sentido de las agujas del reloj. No retirar la envoltura de la aguja todavía.



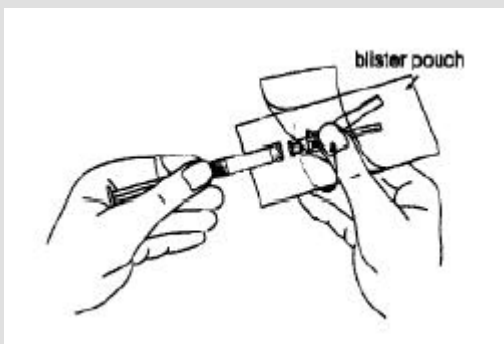
10. Agitar vigorosamente el vial durante al menos 10 segundos. La mezcla se ha completado cuando todo el polvo está totalmente disperso, apareciendo la suspensión como uniforme, densa y de color lechoso.
11. El vial no debe almacenarse tras su reconstitución, ya que la suspensión puede precipitar.

12. Tomar la jeringa y retirar la vaina de protección de la aguja sin girar.



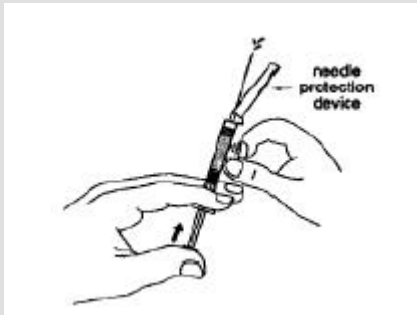
13. Insertar la aguja en el vial en posición vertical.
14. Aspirar lentamente la suspensión del vial en posición vertical como indica el diagrama, para asegurarse de que todo su contenido es recogido.
15. Extraer del vial la jeringa con la aguja Hypoint®.

16. Desenroscar la aguja de la jeringa y desecharla en un lugar adecuado.



17. Abrir hasta la mitad la envoltura del dispositivo Needle-Pro®. Coger la vaina usando la envoltura plástica.

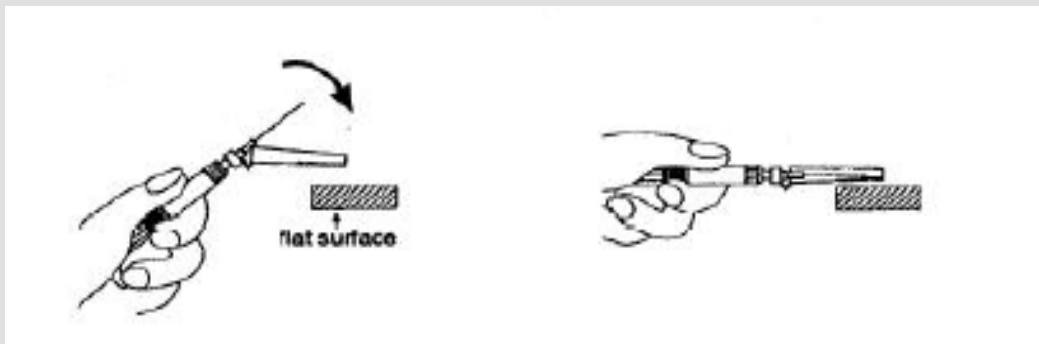
18. Fijar la conexión del dispositivo Needle-Pro® a la jeringa con un simple movimiento circular en sentido de las agujas del reloj. Asentar firmemente la aguja en el dispositivo con un ligero empuje y giro en el sentido de las agujas del reloj.
19. Preparar al paciente para la inyección.
20. Agitar vigorosamente el vial durante el tiempo necesario para volver a mezclar el contenido que haya podido precipitar.
21. Retirar la protección de la aguja sin girar, para evitar que se afloje del dispositivo Needle-Pro®.



22. Golpear suavemente la jeringa para hacer que las burbujas de aire suban hacia arriba.

23. Expulsar las burbujas de aire de la jeringa manteniéndola en posición vertical. Inyectar intramuscularmente todo el contenido en la nalga del paciente.

24. ATENCION. Para evitar pinchazos accidentales con agujas contaminadas, nunca intentar: separar el dispositivo Needle-Pro®; enderezar la aguja o enganchar el dispositivo Needle-Pro® si la aguja está doblada o dañada; manipular inadecuadamente el dispositivo de protección de la aguja de tal forma que pueda sobresalir la aguja de la vaina de protección.



25. Una vez completado el procedimiento, introducir la aguja dentro de su vaina protectora usando una sola mano. Para ello basta presionar suavemente la vaina protectora contra una superficie plana, de tal forma que la aguja quede firmemente enganchada.

26. Confirmar visualmente que la aguja está firmemente enganchada dentro de su vaina.

27. Desechar inmediatamente de forma adecuada.

Tabla 19. Técnica de reconstitución y dispensación del Risperdal Consta®

4. LA “CLINICA DEPOT”

Aunque el término “Clínica Depot” está ampliamente distribuido por los más diversos entornos asistenciales y geográficos¹²⁰, en la práctica el término suele hacer referencia a muy diferentes estilos de funcionamiento, con grandes diferencias en dotación de recursos y objetivos. Simplificando podemos decir que existen dos tipos básicos de funcionamiento:

- Estructura, dependiente básicamente de enfermería, diseñada para la dispensación de la medicación y seguimiento observacional del paciente, generalmente encaminado a la prevención de abandonos y alerta ante recaídas.
- Además de las funciones anteriores, se asume el tratamiento y seguimiento mas o menos global del paciente a través del trabajo en equipo.

comprehensive

Es evidente que las actividades de una Clínica Depot no deberían limitarse a la mera dispensación y control de la medicación suministrada. Ya desde un primer momento, se pudo comprobar que la evolución era mejor si el tratamiento se complementaba con otro tipo de intervenciones psicosociales^{26W}. Aunque la medicación de mantenimiento puede ser una precondition necesaria para llevar a cabo un proyecto de rehabilitación en su sentido más amplio, los servicios comunitarios adecuadamente dotados y subvencionados permiten a los pacientes llevar una vida relativamente normalizada en su mayor parte fuera del hospital. Este tipo de abordaje, más amplio y globalizador, habrá de

tener en cuenta la calidad de vida del paciente en la que, a diferencia del más objetivable concepto de nivel de vida, la valoración viene muy mediatizada por la percepción subjetiva individual en aspectos tan diferenciados como: a) el bienestar y satisfacción subjetiva, b) el funcionamiento en los roles sociales y c) las condiciones de vida sociales y materiales¹²¹.

Con esta perspectiva presente, en la tabla 20 se presentan el tipo de funciones y objetivos descritos mas habitualmente, junto a otros que ensanchan los cometidos y campos de actuación de una clínica depot.

<ul style="list-style-type: none">- Suministro y supervisión del tratamiento farmacológico.- Potenciación de la adhesión.- Prevención de los abandonos.- Valoración efectos secundarios y estado psicopatológico.- Intervenciones y tratamientos psicosociales.- Otros abordajes sociales.- Ampliación de funciones y objetivos clínicos.
Tabla 20. Funciones y objetivos ampliados de una clínica depot.

4.1 Suministro y supervisión del tratamiento farmacológico.

Muchas veces la dispensación de la inyección es casi en exclusiva la tarea encomendada a una clínica depot, aunque deseablemente sus objetivos habrían de ser mucho más amplios. En cualquier caso, el momento de la

inyección es una ocasión adecuada para la interacción significativa entre paciente y enfermera, pudiendo capitalizarse terapéuticamente este encuentro mejorando la formación y habilidades interpersonales de las enfermeras comunitarias¹²². Esta formación estaría todavía mas necesitada de asegurarse en entornos no específicamente psiquiátricos, como las consultas de atención primaria donde un cierto número de pacientes recibe su medicación regularmente¹²³⁻¹²⁴.

Una vez garantizados unos recursos asistenciales mínimos (espaciales, temporales y humanos), la mayor efectividad y mejor funcionamiento de un servicio pasan, además, por la protocolización clara y precisa de su funcionamiento. Igualmente, el mayor rigor se habrá de contemplar no sólo de cara a las diferentes técnicas empleadas y su registro posterior, sino del respeto escrupuloso de horarios y peculiaridades de los pacientes. Estos aspectos pueden ser ocasionalmente pasados por alto debido a la alta presión asistencial y la falsa suposición de que este tipo de pacientes crónicos pueden esperar o ajustarse a las necesidades de los profesionales por su falta de ocupación formal.

Con este fin se habrá de disponer de unos tiempos mínimos que permitan al menos una breve interacción verbal. Cada paciente debería contar con una ficha individualizada, donde poder llevar el registro no solo de las inyecciones y fechas correspondientes, sino también del glúteo utilizado cada vez, últimas analíticas y otros controles acordados como pertinentes, así como cualquier anotación de interés que pueda ser de ayuda, por ejemplo para el

caso de necesitarse una sustitución. Las fichas podrían ordenarse cronológicamente (basándose en las sucesivas inyecciones) de forma que faciliten el seguimiento y control de las inasistencias. El objetivo es un más exhaustivo cuidado y vigilancia del paciente, para lo cual una simple agenda de citas no serviría. Además del posible control analítico en prevención de posibles secundarismos, pudiera ser asimismo de utilidad vigilar la frecuencia con que los pacientes mantienen contacto con el psiquiatra responsable, dada la facilidad con que estas pueden dilatarse de forma imperceptible al acudir a la clínica de forma rutinaria.

Es también de gran interés, tanto para la clínica como para el resto del equipo asistencial, contar con una información estadística mínima recogida periódicamente y dirigida al conocimiento de unas sencillas variables como incorporaciones y abandonos, número de casos, frecuencias de inyección y fármacos utilizados.

Una vez garantizados esos mínimos asistenciales y operacionales, la clínica estará en disposición a ampliar su campo de actuación. En el Anexo II se presenta un modelo de funcionamiento protocolizado en un Centro de Salud Mental con una dotación clínica mínima de psiquiatra y enfermera¹²⁵ que pudiera ser un esquema de mínimos y con ligeras modificaciones ser adaptable a otros entornos.

4.2 Potenciación de la adhesión.

El desarrollo de una sólida y confiable relación con el terapeuta es el principal y más básico remedio de cara a salir al paso de eventuales actitudes negativas por parte del paciente. El simple cambio a una medicación depot no garantiza en si mismo una alta tasa de adhesión al tratamiento, pudiendo ser necesarias, además, toda otra serie de estrategias, muchas de las cuales han demostrado en estudios controlados una clara efectividad de cara a la reducción de no-adhesión de los pacientes al tratamiento¹²⁶. Generalmente todas estas técnicas tienen elementos comunes como el aporte de información dentro del contexto de una relación terapéutica cálida e igualitaria, mantenida preferentemente durante cierto tiempo, empleando esta relación para estimular y recordar el cumplimiento y establecer opiniones más positivas sobre la enfermedad y la medicación¹²⁷. En el caso de los pacientes psicóticos se han ensayado también con buenos resultados diferentes abordajes de tipo psicoeducativo, aunque generalmente estos encuadres se dirigen a objetivos más amplios que la mera adhesión al tratamiento. Recientemente se han descrito técnicas específicas como la “terapia para el cumplimiento”, donde terapeuta y paciente se juntan para discutir los beneficios e inconvenientes de determinado régimen de medicación. La intervención, de tipo pragmático y utilizando estrategias motivacionales y cognitivas, está dirigida a potenciar la adhesión al tratamiento a través de un posicionamiento activo hacia la resolución de problemas y un importante componente educacional. Cuando se describió, esta técnica pareció demostrar su superioridad específica en este campo frente a otro tipo de entrevistas de consejo¹²⁸⁻¹²⁹, aunque estudios posteriores no han sido capaces de demostrar esa supremacía¹³⁰.

Los avisos o incentivos previos a una cita concertada son otra estrategia ensayada. Tienen el objetivo de animar al contacto con los servicios a través del correo tradicional o electrónico, llamadas o mensajes telefónicos, visitas personales, hasta incluso incentivos económicos o de otro tipo. Un simple aviso, muy cercano al momento de la cita, incrementa la asistencia, habiéndose observado que una simple carta 24 horas antes parece ser más efectiva que una llamada telefónica¹³¹. Este tipo de estrategias se han revelado tan útiles que incluso se ha explotado su potencial económico, apareciendo compañías cuya actividad principal es recordar a los pacientes los diferentes momentos en que tomar sus medicaciones a través de los mas variados e ingeniosos medios y mecanismos¹³².

Otras actuaciones van dirigidas a mejorar la accesibilidad al lugar de tratamiento, por ejemplo adecuando y ampliando los horarios de la clínica a las necesidades de los pacientes, incluso en días de fiesta como domingos para facilitar la asistencia de personas que trabajen¹³³. En el caso de existir dificultades geográficas u otras resistencias individuales para desplazarse hasta la clínica, se utiliza la dispensación de la inyección en entornos más próximos al paciente como son las consultas de Atención Primaria o el propio domicilio, llegando incluso a entrenar a los parientes o cuidadores con este fin¹³⁴.

4.3 Prevención de los abandonos.

Ante la eventualidad de una incomparecencia del paciente en la cita programada para la inyección se requiere de actuaciones activas y firmes, aunque no confrontadoras, encaminadas a retomar el contacto. Normalmente este tipo de acercamiento se realiza en forma de llamadas telefónicas o visitas domiciliarias. Las experiencias acumuladas por los llamados “equipos de tratamiento asertivo comunitario” y “abordaje asertivo” pueden ser de una utilidad importante en estos casos, presentándose algunas de sus características en la tabla 21.

<p>Review of best practices in mental health reform. Canadá, 1998¹³⁵.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje asertivo. • Apoyo individualizado, continuo, las 24 horas, por tiempo ilimitado a personas con enfermedad mental grave. • Los servicios se ofrecen de forma predominante en la comunidad, a diferencia de aquellos basados en el despacho. • La provisión de elementos de apoyo es flexible, diseñada específicamente para salir al paso de las necesidades de cada individuo. • Implicación de los consumidores y sus familias en todos los aspectos del servicio, incluyendo el diseño, la puesta en práctica, la supervisión y la evaluación.
<p>Practice guidance: “The nurses’ contribution”, 1999¹³⁶.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación (de síntomas, funcionamiento social, riesgos y necesidades). • Compromiso y colaboración con otras agencias y servicios comunitarios. • Manejo y supervisión de las medicaciones. • Vigilancia de la salud física. • Intervenciones cognitivo-conductuales. • Intervenciones familiares. • Prevención de recaídas. • Cuidado de la seguridad
<p>Guesty Burns, 2001¹³⁷.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento asertivo. • Encuadres <i>in vivo</i> • Frecuencia de contacto incrementada. • Énfasis en los compromisos y acuerdos. • Cupos pequeños de pacientes. • Ofrece intervenciones psicosociales.
<p>Tabla 21. Componentes del tratamiento asertivo comunitario según diversos autores.</p>	

4.4 Valoración de efectos secundarios y estado psicopatológico.

Desde un punto de vista clínico, además del suministro de la medicación, estas serían algunas de las principales utilidades añadidas a una clínica depot. El contacto regular y relativamente frecuente con un profesional permite la supervisión de estos aspectos y la intervención precoz en caso de ser necesario. Aún así, se requieren unos requisitos mínimos para que la actuación sea eficaz. Por una parte la inyección no debe ser suministrada de forma rutinaria en unos escasos minutos, requiriendo de unos tiempos suficientes para poder desarrollar un vínculo de confianza que permita la revelación de aspectos personales por parte del paciente, así como la detección de posibles signos de descompensación o disforia por eventuales efectos secundarios. De igual forma, es conveniente evitar los cambios frecuentes en el personal para evitar la ruptura de la relación así establecida. Además, las citas programadas no debieran limitarse exclusivamente a las específicamente acordadas para la inyección, sobre todo en las pautadas con intervalos más largos entre ellas y en aquellos pacientes con sintomatología activa. Tampoco podemos pasar por alto que, en el campo de la salud mental, el suministro de la inyección posiblemente sea de las pocas maniobras donde la cercanía física y descubrimiento de partes corporales habitualmente no expuestas es necesario y siempre justificado, poniendo al profesional en disposición de valorar aspectos relativos al cuidado e higiene corporal que de otra forma pudieran pasar desapercibidos^{102W}.

Debido al importante impacto que pueden tener en la disminución de la calidad de vida de los pacientes, la valoración de posibles efectos secundarios

debiera ser una práctica rutinaria en el seguimiento de los pacientes. Teniendo en cuenta que normalmente, al comparar con las apreciaciones de los propios pacientes, los profesionales infravaloran la importancia o frecuencia de aparición de los efectos indeseables¹³⁸, siempre resulta oportuno preguntar por su eventual existencia, de igual forma que se ha de preguntar por el estado mental y general del paciente.

Con el fin de no pasar por alto estos aspectos puede ser aconsejable utilizar regularmente y de forma protocolizada escalas y cuestionarios adecuados, siendo recomendable elegir aquellas suficientemente contrastadas y ampliamente utilizadas para permitir, además, eventuales comparaciones con otros grupos de pacientes. Normalmente serán de utilidad práctica para un seguimiento más general del paciente escalas de valoración global muy fáciles y rápidas de aplicar, como la ICG (Impresión Clínica Global)¹³⁹ que puede ser complementada con la EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global) propuesta por el DSM IV para la evaluación del Eje V¹⁴⁰. A la hora de explorar psicopatología o adaptación, escalas más completas, aunque todavía relativamente sencillas de aplicar tras la oportuna preparación, pueden ser la BPRS (Escala Breve de Valoración Psiquiátrica)¹⁴¹ o la HoNOS (diseñada para medir los diversos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental)¹⁴². Para la valoración de posibles secundarismos se suele utilizar la más extensa UKU¹⁴³ (Escala de efectos secundarios) o la AIMS¹⁴⁴ (Escala de Movimientos involuntarios Anormales), específica para esta área.

En caso de no existir un tratamiento de apoyo o seguimiento regular y frecuente por parte de un psiquiatra, la consulta con este especialista deberá garantizarse con rapidez ante la aparición de cualquier efecto indeseable o signos de descompensación. La rápida intervención médica también es aconsejable en aquellos pacientes con quejas acerca de su calidad de vida, insatisfacción con el tratamiento o signos de respuesta inadecuada tales como importante sintomatología negativa o ánimo depresivo. En otras circunstancias parece aconsejable programar estas visitas como mínimo cada tres meses⁴².

4.5 Intervenciones y tratamientos psicosociales.

No parecen existir dudas acerca del importante papel que juegan ciertos tratamientos psicoterapéuticos tanto en la mejor evolución de los pacientes como en su mayor adherencia al tratamiento^{38W}. En ausencia de abordajes psicoterapéuticos estructurados, habrá de incentivarse la mayor disposición de los profesionales a la escucha e interrelación con los pacientes. En muchas ocasiones son simplemente las actitudes personales de los profesionales las que marcan diferencias de calidad en prácticas por otra parte similares. Por ejemplo, animada por el convencimiento en el poder curativo de las relaciones cotidianas, uno de los principios del tratamiento moral propugnado por Tuke, la enfermera de una clínica depot fue capaz de organizarla de tal forma que pudiera ofrecer cierto apoyo e interacción social entre los pacientes, garantizando un tiempo mínimo de interacción con cada paciente a la vez que el resto esperaban juntos, la interacción se facilitaba al principio, así como cada vez que la enfermera salía a llamar a un paciente nuevo. La perspectiva fue

que una sala de espera llena, muy a menudo es una oportunidad perdida para un formar un grupo terapéutico¹⁴⁵.

Las psicoterapias que han demostrado su utilidad mediante ensayos clínicos suficientemente contrastado generalmente son encuadres muy estructurados de tipo cognitivo-conductual, mientras que no disponemos de evidencias concluyentes de las orientaciones psicodinámicas que parecería no estar indicadas en los episodios agudos. Aún así, estas últimas podrían ser, sin embargo, mejor aceptadas por los pacientes que las terapias mas cognitivas y adaptativas a la realidad¹⁴⁶. Los abordajes de tipo psicopedagógico también se han ensayado, demostrando su utilidad con intervenciones relativamente sencillas y breves¹⁴⁷. Normalmente este tipo de abordajes se realiza de forma grupal, incluyendo ocasionalmente de una u otra forma a los familiares.

Las intervenciones estructuradas y directivas pueden tener un papel importante en un primer momento de la enfermedad, siendo muy útiles, por ejemplo, para disipar algunas dudas y temores, aumentando los conocimientos de pacientes y familiares acerca de la enfermedad. Sin embargo, con el paso del tiempo los contenidos de este tipo de programas se agotan con cierta rapidez, dejando el campo abierto para la utilización de otros encuadres grupales menos directivos y abiertos al desahogo, la interacción e intercambio de experiencias y puntos de vista individuales. Posiblemente el encuadre ideal para este tipo de grupos venga dado por una conducción activa y básicamente directiva, focalizando sobre aspectos concretos de la vida de los pacientes eventualmente necesitados de mayor atención, como pueden ser las relaciones

socio-familiares, ocupación y tiempo libre, higiene, medicación, limitaciones percibidas como secundarias a la enfermedad y la sintomatología, etc. Todo ello enmarcado en el adecuado clima emocional y de confiabilidad que permita a los participantes exponer además sus sentimientos y emociones personales, posibilitando de esta forma el acceso a dinámicas del funcionamiento individual y grupal menos evidentes.

Teniendo en cuenta el carácter crónico de la enfermedad no podemos perder de vista que muchos de estos grupos se habrán de mantener con frecuencia de manera indefinida, en la medida que los pacientes siguen integrados en la comunidad y necesitados de orientación y apoyo. Encuentros frecuentes y regulares de este tipo garantizan un seguimiento y supervisión clínica de calidad para la mayoría de los casos. Estos grupos, con el tiempo, pueden tomar un camino de forma independiente a la propia clínica depot. Por ejemplo, hace ya mas de 16 años que iniciamos un par de grupos para personas en rangos diferenciados de edad (“jóvenes” y “adultos”) que en aquellos momentos estaban recibiendo medicación depot. Obviamente con el tiempo algunos pacientes abandonaron el grupo, mientras que la mayoría de ellos seguía su tratamiento con formulaciones orales, una circunstancia que en si misma no parecía aconsejar su exclusión del grupo. En la actualidad se mantienen, la mayoría proveniente de nuevas incorporaciones, pacientes con y sin medicación depot con beneficios para todos ellos. Mantener una estructura de este tipo no tiene por que resultar barata si se compara con la asistencia estándar ofrecida muchas veces con visitas relativamente cortas cada varios meses. Requiere, además, un esfuerzo añadido por parte del conductor que la

mayoría de las veces ha de enfrentarse activamente al aislamiento y pasividad de los componentes, situándose en una posición mas expuesta y cansada que la dada por la relativa comodidad de las entrevistas individuales en el despacho. La frecuencia de las sesiones podría ser de un mínimo de un encuentro de una hora u hora y media semanal, acompañadas de las necesarias consultas individuales y familiares, en los casos sintomatológicamente más activos, generalmente en los primeros años de la enfermedad. Frecuencias quincenales o cada 21 días podrían dedicarse a los casos de mayor edad compensados sintomatológicamente y con necesidad mínima de otras entrevistas de apoyo individual.

4.6 Otros abordajes sociales.

Como grupo, los pacientes con esquizofrenia están especialmente necesitados de apoyo y supervisión en diferentes áreas del funcionamiento social. La mayoría de las ocasiones la ayuda para la búsqueda y provisión de recursos para mantenerse en la comunidad con una adecuada calidad de vida no son un cometido específico de la clínica depot, sin embargo el contacto regular y conocimiento del paciente y sus necesidades le coloca en una posición privilegiada para interesarse y conocer sus necesidades. En muchas ocasiones será el mismo paciente, quien por propia iniciativa con motivo de la inyección se dirigirá al profesional haciéndole participe de sus necesidades, en otras ocasiones será el segundo quien tendrá que interesarse por estos aspectos y recabar la colaboración de otras instancias asistenciales o comunitarias para intentar ayudar a la persona.

Los programas de gestión de casos que tienen en cuenta estos aspectos suelen oscilar entre dos polos de actuación:

- a) Modelo de rehabilitación. Dirigido a mejorar las habilidades para manejar las exigencias de la vida cotidiana, diseñado para las necesidades individuales de cada paciente, dando apoyo interpersonal continuado.
- b) Modelo de potencialidades y fortalezas individuales. Focalizando en las capacidades personales del paciente, identifican o desarrollan recursos comunitarios y entornos donde poder alcanzar el éxito.

Sea cual sea la orientación de partida del equipo responsable, la ocupación y tiempo libre, apoyo económico e información acerca de otros beneficios sociales a los que el paciente tiene derecho, consejo legal y alojamiento adecuado son aspectos básicos necesitados de atención y orientación la mayoría de las ocasiones. La familia y cuidadores están igualmente necesitados de consejo, apoyo emocional y material, así como mecanismos de desahogo y respiro.

4.7 Ampliación de funciones y objetivos clínicos.

Dependiendo de la dotación y recursos de la clínica, los objetivos asistenciales son ampliados ocasionalmente a otras áreas de actuación. La historia de abuso de sustancias y trastornos duales son variables reconocidas como claramente asociadas a una mayor tasa de abandonos del tratamiento, así como suelen ser de mayor dificultad en su manejo clínico¹⁴⁸. Por este

motivo puede ser recomendable la integración o estrecha colaboración, por ejemplo, con programas de desintoxicación, prevención de recaídas, mantenimiento con metadona o aversivos frente al alcohol como el disulfiram^{38W}.

En otros lugares¹⁴⁹, además de la administración de la medicación depot, la clínica amplía sus servicios al control de los tratamientos con clozapina y litio, encargándose también de las analíticas requeridas para la monitorización de eventuales efectos secundarios. Este tipo de intervenciones surgiría de la utilización de las habilidades y experiencia acumuladas por las clínicas depot que podrían ampliarse incluso reconvirtiéndolas en “*clínicas de mantenimiento de medicación*”, con el objetivo de ayudar a la adhesión y prevención de las recaídas en aquellas personas necesitadas de diferentes tratamientos farmacológicos, incluidos los orales^{120W}.

5. ANEXOS

I. INFORMACION PARA EL PACIENTE

¿A qué se llaman tratamientos depot?

Algunas de las medicaciones que se toman en forma de pastilla o gotas pueden ser preparadas para darse en una inyección. Se depositan así en el organismo de forma que se van liberando muy lentamente, a lo largo de los días. Generalmente 1 ó 2 inyecciones al mes hacen el mismo efecto que una o más pastillas al día.

¿Para qué se utilizan los tratamientos depot?

En medicina general se utilizan para muy diversas situaciones y enfermedades. En psiquiatría su principal utilidad es en casos en que aparecen:

- Preocupaciones con pensamientos recurrentes y problemáticos que no dejan descansar a la persona.
- Experiencias raras y desagradables como oír o ver cosas que normalmente no se ven ni oyen.
- Miedos, temores o sospechas desmedidas frente al exterior.
- Sensaciones extrañas como que alguien pudiera leer el pensamiento o enviar mensajes telepáticos.
- Otras situaciones, incluida el aislamiento y la inactividad extrema.

La medicación no hace desaparecer la enfermedad totalmente, pero sí alguno de los síntomas más incómodos o, al menos, disminuir su intensidad.

¿Es diferente a las pastillas o gotas que se toman para esos síntomas?

La medicación inyectada es similar en todos los aspectos a la que se toma por boca. De igual forma, tendrá que comentar con su médico cualquier otra enfermedad que padezca u otras medicaciones que tome, así como en el caso de un posible embarazo. Beber en exceso nunca es recomendable, tenga mucho mayor cuidado con las bebidas alcohólicas si además está en tratamiento. Evite cualquier otra droga que afectará sin duda su estado mental.

¿Qué ventajas tiene?

Sobre todo la comodidad de no tener que estar todos los días pendiente de la medicación. Al evitar los olvidos, normalmente la evolución de la enfermedad es mejor y se previenen recaídas. Además, al absorberse mejor la medicación inyectada y no perderse por el tubo digestivo, las dosis totales utilizadas son mucho menores que en el caso de la medicación oral.

¿Habrá cambios en la dosis o frecuencia de las inyecciones?

Hasta conseguir ajustar la dosis más eficaz para su caso pueden pasar varios meses. Una vez estabilizado su estado, es posible que la dosis se disminuya ligeramente sin llegar a retirar el tratamiento. Es muy importante que comente con su médico o enfermera cualquier cambio en su estado (por ejemplo: preocupaciones, insomnio, irritabilidad, sensaciones extrañas) que permitan ajustar el tratamiento en caso necesario.

¿Puedo dejar de tomar las inyecciones si me encuentro mejor?

No. Habrá muchas más posibilidades de recaída, que generalmente no es inmediatamente sino a los 3-6 meses de dejar la medicación. Al ser un tratamiento de mantenimiento, suele mantenerse durante mucho tiempo, a veces años. Recuerde que no genera dependencia.

¿Necesitaré tomar otros medicamentos?

Durante las primeras semanas de tratamiento, suele ser necesario complementarlo con pastillas mientras empieza a hacer efecto. A veces es también necesario mantener durante algún tiempo un tratamiento oral, para corregir efectos secundarios molestos o mejorar otros síntomas asociados como insomnio, ansiedad o depresión.

¿Qué pasa si olvido una inyección?

La medicación depot debe darse regularmente. En caso de perder una cita, habrá que concertar otra lo antes posible.

¿Puedo notar alguna molestia con el tratamiento?

Como ocurre con el resto de los medicamentos pueden aparecer efectos secundarios, pero tenga presente que no a todo el mundo le pasa esto. No se asuste con las listas de síntomas secundarios que aparecen en el prospecto de las medicaciones, están ahí para alertarnos de su posible existencia, pero es muy raro que aparezcan de forma muy intensa o gravemente amenazante para la salud.

Normalmente suelen ser bien tolerados y existen algunos remedios para disminuirlos. En caso de ser muy molestos, un cambio en la dosis o el fármaco pueden ser de ayuda. Además, se podrán realizar analíticas y otras exploraciones para comprobar su estado general y confirmar que el fármaco no le está afectando. Discúptalo con su médico sin cambiar nunca por su cuenta un tratamiento. Algunos ejemplos y posibles actuaciones son:

<u>EFEECTO SECUNDARIO</u>	<u>QUE HACER EN CASO DE APARECER</u>
MAS COMUNES	
Boca seca. Saliva escasa.	Pueden ayudar los caramelos sin azúcar, chicles o frutas ácidas. El médico puede ajustar la medicación o dar algún producto.
Visión borrosa.	Las cosas se ven borrosas y es difícil enfocar. No es necesario ponerse gafas.
Estreñimiento, sensación de tapón intestinal.	Comer mas fibra (salvado, frutas, verduras), pasear, beber suficientes líquidos, laxantes suaves de la farmacia.
Dificultad para orinar	Contactar con el médico
Trastornos del movimiento: Sentir sacudidas o temblor. Contracturas hacia atrás del cuello o espalda. Movimientos de los ojos o lengua.	No suele ser peligroso, aunque a veces puede preocupar. El médico puede dar algo para controlarlo.
Acatisia: Sensación de no poder estar quieto. Necesidad de moverse para estar a gusto.	Comentarlo con el médico. Podría cambiar la dosis o el fármaco o dar algo para disminuirlo.
Elevación de la prolactina: es una hormona que todos tenemos. Si aumenta puede alterar la regla en las mujeres o causar impotencia en los hombres. También puede causar hipersensibilidad en los pechos o secreción de leche, incluso en hombres.	Suele desaparecer en unas semanas. Coméntelo con el médico. A veces ayuda un cambio de dosis o fármaco.
Aumento de peso y apetito.	Evitar comidas que engorden (chocolates, golosinas, refrescos gaseosos) Dieta con verduras y fibra. Paseos y actividad física.
MAS RAROS	
Somnolencia: Sensación de sueño y pesadez	No conducir ni utilizar maquinaria peligrosa. Normalmente va mejorando con los días.
Hipotensión: Tensión arterial baja. Puede marear al ponerse rápido de pie.	No levantarse rápido. No conducir si hay sensación de mareo. Este mareo no es peligroso
Disfunción sexual: Dificultad para alcanzar el orgasmo. Disminución del deseo sexual. A veces impotencia en los hombres.	Comentarlo con el médico.
Reacciones locales: El lugar de la inyección está inflamado, doloroso y abultado.	Comentarlo con la enfermera. Pueden ayudar los baños calientes y ejercicio regular como los paseos
RARISIMOS	
Síndrome neuroléptico maligno: Temperatura corporal muy alta, rigidez muscular y dificultad para moverse.	En las semanas siguientes de un cambio de tratamiento. Avisar al médico inmediatamente. Mantenerse fresco con ventiladores y agua fresca.

**Pregunte y comente con su médico o enfermera cualquier duda o temor que tenga en relación con el tratamiento o su estado de salud.
También están para ayudarle en otros aspectos además de la medicación.**

II. EJEMPLO DE PROTOCOLO DE ACTUACION BASICA PARA UNA “CLINICA DEPOT”.

a) Objetivos generales.

El desarrollo de lo que llamamos una “Clínica Depot” ha de tener en cuenta dos aspectos fundamentales. Por una parte, la dotación de una estructura (espacial, personal y material) adecuada que, a través de un protocolo suficientemente claro, facilite y garantice el suministro ordenado y regular de la medicación inyectable. Resaltaremos la importancia de la protocolización no solo como mejor manera de operativizar nuestros recursos, sino como la mejor vía que nos permitirá la evaluación e investigación.

Por otra parte, una mayor calidad asistencial vendrá dada por el desarrollo de otras prácticas clínicas y psicoterapéuticas que complementen el primer aspecto arriba enunciado, enriqueciendo el apoyo y seguimiento ofertado a los pacientes adscritos a la Clínica.

Algunos objetivos mínimos a cubrir por la clínica son:

1. Mejorar la calidad asistencial hacia el paciente:
 - a) Previniendo recaídas por discontinuidad en el tratamiento
 - b) Previniendo y/o tratando precozmente efectos secundarios, bien localmente (abscesos, irritaciones, etc.) como de forma generalizada (control analítico, efectos secundarios, etc.).
 - c) Evitando las esperas prolongadas.
 - d) Ayudándole en la planificación de su tiempo.
 - e) Evitando lapsos prolongados entre las visitas médicas.

2. Ordenar, racionalizar y dotar de un sentido profesional más amplio al trabajo de enfermería en relación con la medicación depot.
3. Favorecer y mejorar la comunicación entre enfermeros y médicos en relación con la medicación depot.
4. Conocer periódicamente el volumen real en la utilización del servicio.
5. Disponer de información suficiente y adecuada para la evaluación del servicio y desarrollo de eventuales estrategias de investigación.
6. Sentar las bases operativas para futuros desarrollos de apoyo individual o enfoques grupales psicopedagógicos o de otro tipo.

b) Necesidades de tiempos.

Debido a la facilidad con que los pacientes graves pierden la referencia temporal (ajuste horario), la planificación clara y precisa de horarios resulta especialmente importante. Además, en servicios ya de por sí saturados, en momentos de acumulación de tareas, el paciente percibido como con “menos obligaciones” puede correr el riesgo de permanecer esperando mientras se atiende a otras demandas, con las consiguientes molestias añadidas y la confirmación para el paciente de lo innecesario de ajustarse a un horario determinado. Por este motivo, parece oportuno aconsejar un diseño relativamente rígido que permita identificar, e incluso divulgar mediante carteles, las actividades de la Clínica en unos horarios determinados.

Frente a la práctica de citar en días y horas al azar para cada una de las inyecciones, los pacientes se concentrarán en un mismo día de la semana. Aún

mejor y dependiendo del volumen de la demanda, podrían ocuparse dos días diferentes (45-60 min./día en principio). Deseablemente estos dos días estarán separados entre sí de forma equilibrada (por ejemplo, lunes y jueves o martes y viernes), así como ocupar períodos horarios diferentes (primera y última hora) para una mayor posibilidad de adecuación a las necesidades de los pacientes.

En algunos casos excepcionales, como dificultades derivadas de horarios en los desplazamientos públicos, idiosincrasia del paciente, etc. podría considerarse individualizar el horario de inyección, de cualquier forma estos casos serán siempre los mínimos. Las inyecciones indicadas por vía de urgencia obviamente se suministrarán lo antes posible en ese mismo día.

Con una demanda de 10-15 inyecciones semanales (unos 40 pacientes diferentes al mes), y dedicando de 45 a 60 min./día, cada paciente dispondría de unos 7 a 10 minutos para que se le suministre la inyección con una breve interacción verbal. Tiempos adicionales deberán presupuestarse para llevar a cabo actividades complementarias que enriquezcan la asistencia. Los paciente pueden ser citados en pequeños grupos de 2/3 personas cada 15 ó 20 minutos, ajustándose a sus preferencias y garantizando así un tiempo mínimo de espera.

Las horas y días adecuados quedarían marcados desde enfermería según su mejor criterio, recomendándose tener en cuenta las peculiaridades del centro en su globalidad (por ejemplo, las actividades programadas de otros

enfermeros del centro para evitar solapamientos en caso de necesitarse una sustitución), así como las preferencias generalizadas de los propios pacientes.

Para racionalizar la periodicidad de la inyección y mientras no exista indicación concreta de una pauta específica, los períodos entre inyecciones se computan básicamente en múltiplos semanales. Así "un mes" se corresponde con 28 días y "cada 15 días" serán 14 días naturales. De esta forma lo que se fija es un día de la semana concreto periódicamente y no una fecha mensual como es habitual entre los pacientes en muchos casos.

Los pacientes que no hayan acudido a una cita programada, serán contactados y citados con la mayor brevedad, acordando entre el enfermero y el paciente la mejor hora para la inyección.

c) Citación y seguimiento de los pacientes.

Se suministrará a cada paciente una tarjeta personal de citas donde al menos conste la medicación, dosis, fechas y nalga correspondiente.

Cada paciente dispondrá además de una ficha individualizada archivada en el servicio de enfermería. Cada ficha recogerá unos datos básicos del paciente, así como información relativa a la pauta de medicación, dosis y frecuencia, además de las fechas y hora de inyección y nalga correspondiente, junto a la firma del profesional que suministre esa inyección particular. Por

último contiene un apartado de incidencias, así como posibles efectos secundarios, control analítico y seguimiento de citas médicas.

Como ejemplo se acompaña un modelo de ficha (anverso y reverso) que está dispuesto para ser impreso en tamaño cuartilla.

Las fichas se pueden ir ordenando sucesivamente por fecha de inyección, lo que facilita el control diario de la tarea y la planificación del trabajo. Para ello, puede utilizarse un fichero con separadores que delimiten los días de inyección. Por ejemplo, si las inyecciones se suministran sólo los jueves, el fichero dispondrá de un mínimo de 4 separadores que se corresponden con otras tantas semanas (mejor 6 para posibles, aunque raros, casos en que se haya instituido una frecuencia de inyección superior al mes). Las fichas de los pacientes que acuden el primer jueves, se vuelven a archivar tras el separador correspondiente a la semana que le corresponde la próxima inyección (tras 1, 2, 3, 4... semanas). Al término de la jornada, el separador de ese día se desplaza al final de todos ellos. En caso de dedicarse dos días a la semana, se intercalarán separadores para cada día (lunes, jueves, lunes, jueves...).

Todas aquellas fichas que en la fecha correspondiente no hayan sido reubicadas en fechas posteriores se corresponden con pacientes que no han acudido a ponerse la inyección. Al final del día, o a lo más tardar el día siguiente, se tratará de contactar con el paciente para recabar información acerca del motivo de la no comparecencia y concretar una nueva hora lo antes posible, sin necesidad de esperar al próximo día programado por la Clínica. En caso de negativa activa por parte del paciente a recibir la inyección, se discutirá este extremo con el psiquiatra responsable para coordinar las estrategias particulares oportunas.

Tras la interrupción o suspensión de un tratamiento se incluirá la ficha personal del paciente en su Historia Clínica, pudiendo convenirse igualmente archivar una copia anualmente o con otra frecuencia en caso de verse necesario.

d) Suministro de la medicación.

Como forma de implicar al paciente de forma activa en su propio tratamiento y salvo otras disposiciones, los pacientes acudirán provistos de la oportuna medicación, que habrán adquirido por su cuenta previamente. En cualquier caso, la Clínica dispondrá de un remanente de medicación con el fin de ser utilizada por motivos de urgencia u otros. En caso de suministrarse la medicación a cargo de la Clínica por olvidos u otras causas similares, se recomienda que sea el propio paciente quien reponga esa medicación lo antes posible. Los pacientes con "receta ordinaria pensionistas" (roja) acudirán asimismo provistos de la medicación pertinente. Quizás en estos casos se podría considerar suministrar la medicación a cargo de la Clínica si se consideran motivos de ahorro global para los fondos del Sistema de Salud o comodidad del paciente.

La Clínica puede ofertar un servicio de custodia de las ampollas sobrantes a cada paciente si este así lo desea. Esta medicación será almacenada, refrigerada en los casos que sea oportuno y siempre debidamente identificada para garantizar que no sea utilizada para otras personas. En cualquier caso, puede ser oportuno no desresponsabilizar al paciente de la

custodia de su propia medicación dentro de un programa más amplio de compromiso personal.

La Clínica se encargará de suministrar, con antelación suficiente, las recetas oportunas para garantizar el tratamiento, evitando así desplazamientos innecesarios y molestias al paciente y consultas de Atención Primaria.

e) Técnica de inyección.

En caso de duda y mientras no exista indicación de lo contrario se inyectará únicamente la medicación antipsicótica, sin corrector asociado. La inyección intramuscular profunda se realizará consecutivamente en nalgas diferentes, para lo que se hace imprescindible llevar la anotación precisa del lugar de inyección. Algunas técnicas específicas de inyección como la “técnica en Z” y la “técnica de la burbuja de aire” pueden ser utilizadas para minimizar el riesgo de reacciones locales, no recomendándose el masajeo posterior de la zona de inyección.

f) Controles analíticos y seguimiento de efectos secundarios.

Además de la dispensación del inyectable, las citas pueden utilizarse para recabar posibles efectos secundarios u otras quejas subjetivas del paciente. En caso de induraciones o bultos sensibles o dolorosos puede

aconsejarse baños calientes, calor local y ejercicio moderado como pasear para favorecer su reabsorción.

Además es conveniente cierto seguimiento por parte de la Clínica del estado general del paciente a través de pruebas complementarias. No existe un consenso generalizado en torno al tipo y frecuencia de pruebas complementarias recomendables, aunque parece prudente aconsejar un control mínimo anual. En la tabla 1 se incluyen algunas exploraciones regulares recomendadas durante un tratamiento mantenido con neurolépticos.

- Peso
- Hemograma completo.
- Bioquímica general. Especificar perfil hepático o renal, si necesario.
- Electrocardiograma. Si mayor de 35-40 años o riesgo conocido.
- Test de embarazo en amenorreas agudas.
- Valoración de estrategias anticonceptivas en mujeres fértiles.
- Escala movimientos anormales.
- Escala UKU efectos secundarios.
- Escala valoración global BPRS.

Tabla 1. Algunas exploraciones clínicas y determinaciones analíticas recomendadas durante el tratamiento de mantenimiento con neurolépticos.

Antes de solicitar una analítica, puede ser adecuado preguntar al paciente si se ha realizado alguna recientemente, en caso de haberlo hecho y sólo si se tiene constancia material de ello y de no existir desviación de los valores de referencia no sería necesario repetir una nueva como forma de

evitar la duplicidad de gastos e inconvenientes para el paciente. En caso de no haberse realizado ninguna en el último año, se dirigirá al paciente con este fin a su ambulatorio de referencia junto a los volantes oportunos. Una vez recibidos los resultados, puede ser una práctica aconsejable remitir una copia al médico de Atención Primaria.

También anualmente, y en cualquier otro momento que parezca oportuno por cualquier cambio en el estado clínico del paciente, puede instituirse la realización de exploraciones del estado psicopatológico general del paciente y posibles efectos secundarios. Para ello resulta conveniente utilizar escalas simples y reconocidas internacionalmente que favorezcan tanto su aplicación como la comparación posterior con otros centros o investigaciones. Tres de las más utilizadas con estos fines son la BPRS para psicopatología global, UKU para efectos secundarios y EMIA para movimientos anormales, pudiendo completarse con otras dependiendo de los intereses particulares de la Clínica.

g) Información estadística.

La retroalimentación estadística hacia el resto del equipo del CSM no sólo ayuda a conocer mejor el volumen asistencial de la Clínica, sino que consolida su propia identidad. Además, esta información es necesaria para la propia autorregulación de la práctica asistencial a lo largo del tiempo.

La información, agrupada con una periodicidad acordada (mensual, trimestral...), habrá de recoger unas variables mínimas (tabla 2) que pueden presentarse en forma de matriz de fácil interpretación (tabla 3). Obviamente, esas variables pueden ser completadas con aquellas otras que sean vistas como pertinentes en un momento determinado.

<ul style="list-style-type: none"> • Nº de incorporaciones e interrupciones. • Nº de casos por psiquiatra responsable. • Distribución de frecuencias de inyección. • Distribución por producto, incluidos anticolinérgicos si se utilizan.
<p>Tabla 2. Información mínima para su recogida y valoración periódica en una clínica depot.</p>

Fecha del resumen	Cada 7 días	Cada 14 días	Cada 21 días	Cada 28 días	Total
Pacientes	1	6	5	11	23
Psiquiatra A	1	2	1	3	7
Psiquiatra B	-	3	1	4	8
Psiquiatra C	-	1	3	4	8
Incorporaciones	-	-	-	2	2
Interrupciones	-	-	1	-	1
Producto A	-	-	1	10	11
Producto B	1	-	4	1	6
Producto C	-	6	-	-	6
Anticolinérgico	-	-	-	-	0

Tabla 3. Ejemplo de matriz para la presentación del resumen de actividad de una clínica depot.

III. ESCALAS DE VALORACION GENERAL Y EVOLUCION DEL PACIENTE

Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

La CGI^{139w} evalúa gravedad y mejoría del cuadro clínico, constando de dos subescalas que miden respectivamente:

- 1) La gravedad del cuadro clínico: (CGI-SI). Escala Likert de 8 valores que van de 0 (no evaluado) a 7 (extremadamente enfermo).
- 2) La mejoría o empeoramiento del cuadro. Valora el cambio experimentado en un tiempo determinado, independientemente de que éste se deba por completo al tratamiento. Utiliza una escala Likert de 8 valores que van de 0 (no evaluado) a 7 (mucho peor).

Gravedad de la enfermedad.	Mejoría global.
Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?	Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)
0. No evaluado 1. Normal, no enfermo 2. Dudosamente enfermo 3. Levemente enfermo 4. Moderadamente enfermo 5. Marcadamente enfermo 6. Gravemente enfermo 7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos	0. No evaluado 1. Mucho mejor 2. Moderadamente mejor 3. Levemente mejor 4. Sin cambios 5. Levemente peor 6. Moderadamente peor 7. Mucho peor

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

Propuesta por el DSM IV^{140W} para valorar, en el eje V, el nivel de funcionamiento a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. Se puntúa el nivel de funcionamiento, en el momento de la evaluación, en una escala que oscila entre 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas) y 1 (expectativa manifiesta de muerte).

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)	
Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético <i>continuum</i> de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).	
Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)	
100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90 81	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70 61	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 51	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
50 41	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20 11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
10 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada.

Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

Desarrollada para realizar evaluaciones rápidas y eficientes de los cambios producidos en los síntomas de los pacientes mentales^{141W}. Se utiliza preferentemente como una medida de gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico. Existen múltiples versiones de esta escala con un número variable de (10, 16, 18, 20, 22, 14). La más utilizada en la actualidad consta de 18 , con diferentes sistemas de puntuación (0-6, 1-7, 0-4).

Sigue una versión con escala Likert de 7 valores que oscila entre 1 (ausencia del síntoma) y 7 (extremadamente grave). Para cada ítem existe una definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación. El marco de referencia temporal no está claramente delimitado y normalmente se utiliza los días previos a la entrevista (1 semana). Ha de ser administrada por un clínico experimentado tras una entrevista semiestructurada de unos 15-25 minutos.

Proporciona una puntuación global y puntuaciones en dos apartados: síntomas negativos y síntomas positivos. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18, pudiendo oscilar entre 18 y 126. La puntuación en el *cluster* de síntomas negativos se obtiene sumando las puntuaciones en los 3 (retramiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18 (desorientación). Esta puntuación oscila entre 4 y 28. La puntuación en el *cluster* de síntomas positivos se obtiene sumando las

puntuaciones en los ítems 4 (desorganización conceptual), 11 (susplicacia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenidos del pensamiento inusuales). Su puntuación también oscila entre 4 y 28.

	No presente	Muy leve	Leve	Moderado	Moderado-grave	Grave	Muy grave	No evaluado
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7	9
2. Ansiedad psíquica	1	2	3	4	5	6	7	9
3. Aislamiento emocional	1	2	3	4	5	6	7	9
4. Desorganización conceptual (incoherencia)	1	2	3	4	5	6	7	9
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7	9
6. Tensión. Ansiedad somática	1	2	3	4	5	6	7	9
7. Manierismo y posturas extrañas	1	2	3	4	5	6	7	9
8. Grandeza	1	2	3	4	5	6	7	9
9. Humor depresivo	1	2	3	4	5	6	7	9
10. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7	9
11. Susplicacia	1	2	3	4	5	6	7	9
12. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7	9
13. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7	9
14. Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7	9
15. Contenido inusual del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7	9
16. Embotamiento, aplanamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7	9
17. Excitacion	1	2	3	4	5	6	7	9
18. Desorientación y confusión	1	2	3	4	5	6	7	9

1.- PREOCUPACIÓN SOMÁTICA:

Grado de preocupación sobre la salud corporal actual. Calificar el grado al cual el paciente percibe problemas de salud física, reales o no. No califique el relato de los síntomas somáticos sino sólo la inquietud por estos problemas (reales o imaginados). **Calificar los datos que relata el paciente (subjetivos) referidos a la semana previa.**

1 = No informado

2 = Muy leve: en ocasiones le preocupa su cuerpo, síntomas o la enfermedad física

3 = Leve: preocupación moderada en ocasiones o ligera con frecuencia

4 = Moderada: preocupación intensa en ocasiones o moderada a menudo

5 = Moderada grave: con frecuencia muy preocupado

- 6 = Grave: muy preocupado la mayor parte del tiempo
- 7 = Muy grave: muy preocupado casi todo el tiempo
- 9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada, o No se evalúa

2.- ANSIEDAD:

Inquietud, miedo o preocupación excesiva por el presente o futuro. **Calificar sólo basándose en el relato verbal de la experiencia subjetiva del paciente durante la última semana.** No inferir ansiedad a partir de signos físicos o mecanismos de defensa neuróticos. No calificar si la inquietud se restringe al campo somático.

- 1 = No informado
- 2 = Muy leve: en ocasiones se siente un poco ansioso
- 3 = Leve: ansiedad moderada en ocasiones o ligera con frecuencia
- 4 = Moderada: ansiedad intensa en ocasiones o moderada con frecuencia
- 5 = Moderada grave: ansiedad intensa frecuente
- 6 = Grave: ansiedad intensa la mayor parte del tiempo
- 7 = Muy grave: ansiedad intensa casi permanente
- 9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada, o No se evalúa.

3.- AISLAMIENTO EMOCIONAL:

Problemas para relacionarse con el entrevistador y con la situación. Los signos manifiestos de esta deficiencia consisten en contacto visual pobre/ausente, incapacidad para orientar su cuerpo hacia el entrevistador y falta general de compromiso o participación en la entrevista. Diferenciar de AFECTO APLANADO, en el que se califican los déficits de la expresión facial, gestos y patrón de la voz. **Calificar sobre la base de las observaciones durante la entrevista.**

- 1 = No observado
- 2 = Muy leve: en ocasiones mantiene poco contacto visual
- 3 = Leve: igual que el anterior, pero más frecuente
- 4 = Moderado: poco contacto visual, pero parece comprometido en la entrevista y responde en forma apropiada a todas las preguntas
- 5 = Moderado grave: mira el suelo o se orienta lejos del entrevistador, pero con un compromiso moderado
- 6 = Grave: igual que el anterior, pero más persistente
- 7 = Muy grave: aspecto "distanciado" o "fuera" (ausencia total de implicación emocional), con una falta de compromiso notoria con la entrevista (NO CALIFICAR SI SE DEBE A DESORIENTACIÓN)

4.- DESORGANIZACION CONCEPTUAL:

Grado de incomprensibilidad del discurso. Incluye todo tipo de trastorno formal del pensamiento (por ejemplo, asociaciones inconexas, incoherencia, fuga de ideas, neologismos). NO incluya circunstancialidad o discurso apresurado, aun cuando estas características sean acentuadas. NO califique sobre la base de las impresiones subjetivas del paciente (por ejemplo, mis pensamientos están acelerados. No puedo mantener una idea, 'Mis Ideas están mezcladas'). **Calificar SÓLO sobre la base de las observaciones durante la entrevista.**

- 1 = No observado
- 2 = Muy leve: cierto grado de vaguedad, pero de dudosa relevancia clínica
- 3 = Leve: vaguedad frecuente, pero la entrevista puede progresar en forma lenta; falta de conexión ocasional de las asociaciones
- 4 = Moderada: declaraciones irrelevantes en ocasiones, uso infrecuente de neologismos o falta de conexión moderada de las asociaciones
- 5 = Moderada grave: igual que el anterior, pero más frecuente
- 6 = Grave: trastorno formal del pensamiento durante la mayor parte de la entrevista, que transcurre de manera muy forzada
- 7 = Muy grave: se obtiene muy poca información coherente

5.- SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD:

Preocupación excesiva o remordimientos por conductas del pasado. **Calificar sobre la base de las experiencias subjetivas de culpabilidad descritas por el paciente relativas a la semana anterior.** No inferir esos sentimientos a partir de depresión, ansiedad o defensas neuróticas.

- 1 = No informado
- 2 = Muy leve: culpabilidad ligera en ocasiones
- 3 = Leve: culpabilidad moderada en ocasiones o se siente algo culpable con frecuencia
- 4 = Moderada: siente culpa intensa en ocasiones o moderada con frecuencia
- 5 = Moderada grave: se siente muy culpable con frecuencia
- 6 = Grave: culpa intensa la mayor parte del tiempo o delirio de culpa encerrado
- 7 = Muy grave: sufre sentimientos de culpa constantes o delirios de culpa persistentes
- 9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o

evasividad/defensa acentuada, o No se evalúa.

6.- TENSIÓN:

Calificar inquietud motora (agitación) observada durante la entrevista. NO calificar sobre la base de las experiencias subjetivas que relata el paciente. No considere supuesta patología (por ejemplo, discinesia tardía).

- 1 = No observado
- 2 = Muy leve: inquieto en ocasiones
- 3 = Leve: inquieto con frecuencia
- 4 = Moderada: inquieto en forma permanente o a menudo está inquieto, se retuerce las manos y se tira de la ropa
- 5 = Moderada grave: se mueve, se retuerce las manos y se tira de la ropa en forma permanente
- 6 = Grave: no puede permanecer sentado (va de un lado a otro)
- 7 = Muy grave: deambula de manera frenética

7.- MANIERISMO Y POSTURAS CORPORALES EXTRAÑAS:

Conducta motora poco habitual y que no es natural. **Calificar sólo la anomalía de los movimientos.** No calificar aumento simple de la actividad motora en este apartado. Considerar frecuencia, duración y grado de los movimientos extraños. No considere patología.

- 1 = No observado
- 2 = Muy leve: conducta extraña pero de relevancia clínica dudosa, por ejemplo, en ocasiones risa inmotivada, movimientos infrecuentes de los labios
- 3 = Leve: conductas extrañas pero que no son extravagantes, por ejemplo, en pocas ocasiones inclinar la cabeza (de un lado a otro) de manera rítmica, movimientos anormales intermitentes de los dedos
- 4 = Moderada: adopta una posición poco natural durante un lapso breve, con poca frecuencia saca la lengua, se balancea, hace muecas faciales
- 5 = Moderada grave: adopta y mantiene una posición corporal incómoda durante la entrevista, movimientos poco habituales en varias áreas del cuerpo
- 6 = Grave: igual que el anterior, pero más frecuente, intenso o persistente
- 7 = Muy grave: posturas corporales grotescas durante la mayor parte de la entrevista, movimientos anormales continuos en varias áreas corporales

8. GRANDEZA:

Autoestima (autoconfianza) elevada o valoración excesiva de sus talentos, poderes, aptitudes, éxitos, conocimientos, importancia o identidad. No calificar la cualidad de grandiosidad de las declaraciones del paciente (por ejemplo, "Soy el peor pecador del mundo". "Todo el país intenta matarme") a menos que los sentimientos de culpa/persecución se relacionen con ciertos atributos especiales o exagerados del sujeto. Además, es el paciente quien debe declarar sus atributos especiales: por ejemplo, si el paciente niega poseer talentos, poderes, etc, aun cuando declare que otros indican que los posee, esto no debe calificarse. **Calificar sobre la base del relato subjetivo del paciente en la semana anterior.**

- 1 = No informado
- 2 = Muy leve: autoestima superior a la mayoría de las personas, pero con dudosa relevancia clínica
- 3 = Leve: autoestima inflada definida o exagera talentos en forma algo desproporcionada con las circunstancias
- 4 = Moderada: autoestima inflada claramente desproporcionada con las circunstancias o sospecha de delirio de grandeza
- 5 = Moderada grave: delirio de grandeza encapsulado único (definido) o fragmentario múltiple (definido)
- 6 = Grave: idea delirante/sistema delirante de grandeza único (definido) o múltiples ideas delirantes de grandeza (definidas) fragmentarias en las que el paciente parece estar absorto
- 7 = Muy grave: igual que el anterior, pero casi toda la conversación se dirige al delirio de grandeza
- 9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada, o No se evalúa

9.- ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO:

Informe subjetivo de sentimientos de tristeza, depresión, "ideas negras", etc. Calificar sólo el grado de depresión informado. No calificar sobre la base de inferencias de depresión debidas a retraso general y quejas somáticas. **Calificar sobre la base de la información (subjetiva) relativa a la semana anterior.**

- 1 = No informado
- 2 = Muy leve: en algunas ocasiones se siente algo deprimido
- 3 = Leve: depresión moderada en algunas ocasiones o ligera con frecuencia
- 4 = Moderada: en algunas ocasiones se siente muy deprimido o a menudo con depresión moderada
- 5 = Moderada grave: se siente muy deprimido con frecuencia
- 6 = Grave: se siente muy deprimido la mayor parte del tiempo
- 7 = Muy grave: se siente muy deprimido casi todo el tiempo

9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada, o No se evalúa

10.- HOSTILIDAD:

Animosidad, desdén, beligerancia, desprecio hacia las otras personas fuera de la situación de entrevista. **Calificar sólo sobre la base del informe verbal de sentimientos y acciones del paciente hacia otros durante la semana anterior.** No inferir hostilidad a partir de defensas neuróticas, ansiedad o quejas somáticas.

- 1 = No informado
- 2 = Muy leve: se siente irascible en algunas ocasiones
- 3 = Leve: se siente algo irascible con frecuencia o en forma moderada en algunas ocasiones
- 4 = Moderada: en algunas ocasiones se siente muy irascible o en forma moderada con frecuencia
- 5 = Moderada grave: se encuentra muy irritable con frecuencia
- 6 = Grave: su ira pasó a la acción con violencia verbal o física en una o dos ocasiones
- 7 = Muy grave: actuaciones coléricas en varias ocasiones
- 9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada, o No se evalúa

11.- SUSPICACIA:

Creencia (delirante o de otro tipo) de que otros tienen o tuvieron intenciones maliciosas o discriminatorias hacia el sujeto. Sobre la base del informe verbal, calificar sólo las sospechas actuales del paciente, tanto referidas al pasado como al presente. **Calificar sobre la base de la información (subjetiva) de la semana anterior.**

- 1 = No informado
- 2 = Muy leve: episodios raros de desconfianza que pueden o no estar justificados por la situación
- 3 = Leve: episodios ocasionales de desconfianza evidentemente injustificados
- 4 = Moderada: suspicacia más frecuente o ideas de referencia transitorias
- 5 = Moderada grave: suspicacia persistente, ideas de referencia frecuentes o delirio encapsulado
- 6 = Grave: delirios de referencia definidos o persecución que no son totalmente persistentes (por ej., delirio encapsulado)
- 7 = Muy grave: igual que el anterior, pero más difundido, frecuente o intenso
- 9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada, o No se evalúa

12.- CONDUCTA ALUCINATORIA:

Percepciones (de cualquier modalidad sensorial) en ausencia de estímulo externo identificable. **Calificar sólo la: experimentadas durante la semana anterior.** NO calificar "voces en mi cabeza" o "visiones en mi mente" a menos que el paciente pueda diferenciar estas experiencias de sus pensamientos.

- 1 = No informado
- 2 = Muy leve: sólo sospecha de alucinaciones
- 3 = Leve: alucinaciones definidas pero insignificantes, infrecuentes o transitorias (por ej., alucinaciones visuales sin forma en algunas ocasiones, una voz que nombra al paciente)
- 4 = Moderada: igual que el anterior, pero más frecuente o extenso (por ej., a menudo ve la cara del demonio, dos voces que mantienen largas conversaciones)
- 5 = Moderada grave: el paciente experimenta alucinaciones casi todos los días o le provocan un sufrimiento extremo
- 6 = Grave: igual que el anterior, pero con moderado impacto sobre la conducta del paciente (por ej., dificultades para concentrarse que deterioran el rendimiento laboral)
- 7 = Muy grave: similar al anterior, pero produce impacto grave (por ej., intentos de suicidio en respuesta a alucinaciones de mandato)
- 9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada, o No se evalúa

13.- RETRASO MOTOR:

Reducción del nivel de energía evidenciado por movimientos más lentos. **Calificar sólo sobre la base de las conductas observadas.** No considerar la impresión subjetiva del paciente sobre su nivel de energía.

- 1 = No observado
- 2 = Muy leve y de dudosa relevancia clínica
- 3 = Leve: ligero retraso en la conversación, movimientos algo lentos
- 4 = Moderada: conversación con notorio retraso pero no forzada
- 5 = Moderada grave: conversación forzada, movimientos muy lentos
- 6 = Grave: dificultad para mantener la conversación, casi sin movimientos
- 7 = Muy grave: es imposible entablar conversación, el paciente no tiene movimientos durante la entrevista

14.- NO COOPERATIVO:

Evidencia de resistencia, hostilidad, resentimiento y falta de disposición a cooperar con el entrevistador. **Calificar sólo sobre la base de las actitudes del paciente frente a la entrevista y sus respuestas al entrevistador.** No considerar datos de resentimiento o falta de cooperación fuera de la entrevista.

- 1 = No observado
- 2 = Muy leve: no parece estar motivado
- 3 = Leve: evasivo en ciertos temas
- 4 = Moderada: monosilábico, falta de elaboración espontánea, algo hostil
- 5 = Moderada grave: expresa resentimiento y se muestra hostil durante la entrevista
- 6 = Grave: se rehusa a contestar numerosas preguntas
- 7 = Muy grave: se rehusa a contestar casi todas las preguntas

15.- CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO:

Gravedad de ideas delirantes de cualquier tipo -considerar convicción y efecto sobre las acciones. Suponer que la convicción es completa si el paciente ha procedido de acuerdo con sus creencias. **Calificar la información subjetiva relativa a la semana anterior.**

- 1 = No informado
- 2 = Muy leve: presunción o probabilidad de delirio
- 3 = Leve: en algunas oportunidades el paciente cuestiona su creencia(s) (delirio parcial)
- 4 = Moderada: convicción delirante plena, pero con poca o ninguna influencia sobre el comportamiento
- 5 = Moderada grave: convicción delirante plena, pero sólo con impacto ocasional sobre el comportamiento
- 6 = Grave: la idea(s) delirante(s) produce un efecto significativo, por ejemplo, abandona responsabilidades por estar preocupado con la creencia de que es Dios
- 7 = Muy grave: la(s) idea(s) delirante(s) produce un impacto importante, por ejemplo, deja de alimentarse porque cree que la comida está envenenada
- 9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada, o No se evalúa

16.- AFECTO APLANADO:

Respuesta afectiva disminuida, caracterizada por déficit de la expresión facial, gestos y patrón de voz. Diferenciar de AISLAMIENTO EMOCIONAL, que se centra en el deterioro de las relaciones interpersonales y no en la afectividad, Considerar grado y consistencia del deterioro. **Calificar de acuerdo con las observaciones realizadas durante la entrevista.**

- 1 = No observado
- 2 = Muy leve: en ocasiones parece indiferente a temas que suelen acompañarse por alguna demostración emocional
- 3 = Leve: expresión facial algo disminuida o entonación algo monótona o gestos algo restringidos
- 4 = Moderada: similar al anterior, pero más intenso, prolongado o frecuente
- 5 = Moderada grave: aplanamiento del afecto, con al menos dos de tres características: ausencia grave de expresión facial, voz monótona o gestos corporales restringidos
- 6 = Grave: aplanamiento afectivo profundo
- 7 = Muy grave: voz totalmente monótona y ausencia total de gesticulación expresiva durante la evaluación

17.- EXCITACION:

Tono emocional incrementado, con irritabilidad y expansividad (afecto hipomaniaco). No inferir afectividad a partir de delirio de grandeza. **Calificar de acuerdo con las observaciones realizadas durante la entrevista.**

- 1 = No observado
- 2 = Muy leve y de dudosa relevancia clínica
- 3 = Leve: en algunas oportunidades irritable o expansivo
- 4 = Moderada: irritable o expansivo con frecuencia
- 5 = Moderada grave: irritable o expansivo en forma constante; o en algunas oportunidades colérico o eufórico
- 6 = Grave: colérico o eufórico durante la mayor parte de la entrevista
- 7 = Muy grave: similar al anterior pero con una intensidad que obliga a suspender la entrevista

18.- DESORIENTACION:

Confusión o falta de orientación correcta en cuanto a persona, tiempo o espacio. **Calificar de acuerdo con las observaciones realizadas durante la entrevista.**

- 1 = No observado
- 2 = Muy leve parece algo confundido
- 3 = Leve: contesta que estamos en 1982 cuando en realidad es 1983

- 4 = Moderada: contesta 1978
- 5 = Moderada grave: el paciente está inseguro sobre dónde se encuentra
- 6 = Grave: no tiene idea sobre dónde se encuentra
- 7 = Muy grave: no sabe dónde se encuentra
- 9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada, o No se evalúa

Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)

Instrumento útil para medir progreso, cambio o evolución^{142W}. Breve y simple, con cobertura de problemas clínicos y sociales. Sensible a la mejoría, el deterioro o la ausencia de cambio a lo largo del tiempo. En general se evalúan las dos semanas previas, aunque pueden establecerse otros periodos según el contexto. Cada uno de los 12 de los que consta, puntuado de 0 a 4, cubre un amplio espectro dentro de un área de problemas. Los diferentes se agrupan en cuatro secciones. La puntuación total, entre 0 y 48, representa la severidad global. A mayor puntuación, mayor gravedad. Los items 1-8, y la evolución de su puntuación a lo largo del tiempo en relación con otras variables clínicas, aportan un registro de la evolución clínica. Los items 9-12 miden la autonomía de funcionamiento en el medio residencial y ocupacional del paciente.

0 = sin problema 1 = problema menor que no requiere intervención 2 = problema leve pero claramente presente 3 = problema de moderada gravedad 4 = problema grave o muy grave	
A Problemas conductuales	
1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada	
2. Autolesiones no accidentales	
3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas	
B Deterioro	
4. Problemas cognitivos	
5. Problemas por enfermedad física o discapacidad	
C Problemas clínicos	
5. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones	
7. Problemas en relación con el humor depresivo	
8. Otros problemas mentales o conductuales. Especificar el tipo de trastorno: <u>A</u> fóbico; <u>B</u> ansiedad; <u>C</u> obsesivo-compulsivo; <u>D</u> sobrecarga mental y tensión; <u>E</u> disociativo; <u>F</u> somatoforme; <u>G</u> alimentación; <u>H</u> sueño; <u>I</u> sexual; <u>J</u> otros, especificar.	
C Problemas sociales	
9. Problemas con las relaciones	
10. Problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana	
11. Problemas con las condiciones de vida	
12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades	
Puntuación Total :	0 - 48

Resumen de las Instrucciones de Puntuación

1. **Puntuar** cada una de las escalas siguiendo el orden de la 1 a la 12
2. **No** incluir información ya puntuada en un ítem previo excepto en el ítem 10 que es una evaluación global
3. **Puntuar** el problema MÁS SEVERO ocurrido durante el periodo de tiempo evaluado
4. **Todas las escalas** siguen el formato:

- 0 = sin problema
- 1 = problema menor que no requiere intervención
- 2 = problema leve pero claramente presente
- 3 = problema de moderada gravedad
- 4 = problema grave o muy grave

Glosario de la Hoja de Puntuación HoNOS

1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada

Incluye tal comportamiento debido a cualquier causa (por ejemplo drogas, alcohol, demencia, psicosis, depresión, etc.)

No incluye la conducta bizarra, que se puntúa en la escala 6

Sin problema de este tipo durante el periodo evaluado

Irritabilidad, enfrentamientos, inquietud etc. que no requiere intervención

Incluye actitudes agresivas; empujar o importunar a otras personas; amenazas o agresiones verbales; daños menores a bienes y enseres (por ejemplo romper vasos, cristales); hiperactividad marcada o agitación

Agresividad física hacia otras personas o animales (insuficiente para puntuar 4); actitud amenazante; hiperactividad más grave o destrucción de bienes o enseres

Al menos un ataque físico serio a otras personas o animales; destrucción de propiedades (por ejemplo provocando incendios); conducta intimidatoria u obscena

2. Autolesiones no accidentales

No incluye las autolesiones accidentales (debidas, por ejemplo, a demencia o a incapacidad intelectual severa); los problemas cognitivos han de ser puntuados en la Escala 4 y el daño resultante en la Escala 5

No incluye las enfermedades o lesiones producidas como consecuencia directa del consumo de alcohol o drogas, que se puntúan en la Escala 3; (por ejemplo la cirrosis hepática o las lesiones derivadas de conducir en estado ebrio se puntúan en la escala 5).

Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado

Pensamientos pasajeros de acabar con todo pero riesgo pequeño durante el periodo evaluado; no autolesiones

Riesgo leve durante el periodo evaluado; incluye autolesiones no peligrosas (por ejemplo arañarse las muñecas)

Riesgo moderado o grave de autoagresión deliberada durante el periodo evaluado; incluye actos preparatorios (por ejemplo acumular medicación)

Tentativa seria de suicidio y/o autolesión grave deliberada durante el periodo evaluado

3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas

No incluye la conducta agresiva/destructiva secundaria al consumo de alcohol o drogas, puntuado en la Escala 1

No incluye a las enfermedades o discapacidades derivadas del consumo de alcohol o drogas, puntuadas en la Escala 5

Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado

Consumo excesivo pero dentro de las normas sociales

Pérdida de control en el consumo de alcohol o drogas pero sin dependencia seria

Marcada apatencia o dependencia del alcohol o drogas con frecuente pérdida del control; conductas de riesgo durante los periodos de intoxicación

Incapacitado por los problemas de alcohol/drogas

4. Problemas Cognitivos

Incluye problemas de memoria, orientación y comprensión asociadas a cualquier trastorno: incapacidad intelectual, demencia, esquizofrenia, etc.

No incluir trastornos temporales (por ejemplo resacas) secundarios al consumo de alcohol o drogas, puntuados en la Escala 3

Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado

Problemas menores de memoria o comprensión (por ejemplo olvido ocasional de nombres)

Problemas leves pero claros (por ejemplo se ha perdido en un lugar familiar o no ha reconocido a una persona conocida); confusión ocasional en relación con decisiones simples

Marcada desorientación en el tiempo, el espacio o las personas; desconcierto ante acontecimientos cotidianos; lenguaje algunas veces incoherente; enlentecimiento mental

Desorientación severa (por ejemplo incapacidad para reconocer a familiares); riesgo de accidentes; habla incomprensible; obnubilación o estupor

5. Problemas por enfermedad física o discapacidad

Incluye enfermedades o discapacidades de cualquier causa que limiten o impidan el movimiento, o deterioren la capacidad visual o auditiva, o que de otra manera interfieran con la autonomía personal

Incluye a los efectos secundarios de la medicación; los efectos del consumo de drogas/alcohol; las discapacidades físicas derivadas de accidentes o de autolesiones asociadas a problemas cognitivos, conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, etc.

No incluye los problemas mentales o conductuales puntuados en la Escala 4

Ningún problema de salud física durante el periodo evaluado

Problema menor de salud durante dicho periodo (por ejemplo resfriados, caídas de poca importancia, etc.)

Problema de salud física que provoca limitación leve de la movilidad y actividad

Grado moderado de limitación de la actividad debido a un problema de salud física

Incapacidad severa o completa secundaria a un problema de salud física

6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones

Incluye alucinaciones e ideas delirantes independientemente del diagnóstico

Incluye la conducta extraña o bizarra asociada a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes

No incluye la conducta agresiva, destructiva o hiperactiva atribuible a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes, que se puntúa en la Escala 1

No hay evidencia de alucinaciones, ideas delirantes durante el periodo evaluado

Creencias excéntricas o en alguna medida extrañas no congruentes con el ambiente cultural del paciente

Ideas delirantes o alucinaciones (por ejemplo voces o visiones) presentes, pero originan escaso malestar o conducta bizarra en el paciente, es decir clínicamente presente pero de forma leve

Preocupación marcada en relación con las ideas delirantes o las alucinaciones, que originan mucho malestar y/o se manifiestan en una conducta bizarra obvia, es decir problema de moderada severidad clínica

El estado mental y la conducta del paciente están seria y negativamente afectados como consecuencia de las ideas delirantes o de las alucinaciones, con una repercusión severa sobre el paciente

7. Problemas en relación con el humor depresivo

No incluye la hiperactividad o la agitación, que se puntúa en la Escala 1

No incluye la ideación o tentativas de suicidio, que se puntúan en la Escala 2

No incluye la presencia de ideas delirantes o alucinaciones, que se puntúan en la Escala 6

Ningún problema asociado con humor depresivo durante el periodo evaluado

Tristeza; o cambios menores en el estado de ánimo

Depresión y malestar leve pero claro (por ejemplo sentimientos de culpa; pérdida de la autoestima)

Depresión con autoinculpación injustificada; preocupación acerca de sentimientos de culpa

Depresión severa o muy severa, con ideas de culpa o autoacusación

8. Otros problemas mentales o conductuales

Puntuar únicamente el problema clínico más severo que no haya sido considerado en los ítems 6 y 7 como sigue. Especificar el tipo de problema consignando la letra apropiada: A fóbico; B ansiedad; C obsesivo-compulsivo; D sobrecarga mental y tensión; E disociativo; F somatiforme; G alimentación; H sueño; I sexual; J otros, especificar

Sin evidencia de cualquiera de estos problemas a lo largo del periodo evaluado

Problemas menores solamente

Problema clínicamente presente con intensidad leve (por ejemplo el paciente tiene un cierto grado de control)

Crisis o malestar severo de forma ocasional, con pérdida de control (por ejemplo se ve obligado a evitar por completo situaciones que generan ansiedad, pedir ayuda a un vecino, etc.) es decir nivel de problema moderadamente severo

Problema grave que domina la mayoría de las actividades

9. Problemas con las relaciones

Puntuar el problema más severo del paciente asociado a la carencia activa o pasiva de relaciones sociales, y/o a relaciones carentes de apoyo, destructivas o autolesivas

Ningún problema significativo durante el periodo evaluado

Problema menor sin entidad clínica

Problema claro para crear o mantener relaciones de apoyo: el paciente se queja de ello y/o tales problemas son evidentes para los demás

Problema severo y persistente debido a carencia pasiva o activa de relaciones sociales y/o que las relaciones existentes aportan un escaso o nulo apoyo o consuelo

Aislamiento social grave y penoso debido a incapacidad para comunicarse socialmente y/o a la pérdida de las relaciones sociales

10. Problemas con las actividades de la vida cotidiana

Puntuar el nivel medio de funcionamiento en las actividades de la vida diaria (AVD): por ejemplo problemas con actividades básicas de cuidados personales como la alimentación, la limpieza personal, la vestimenta, el uso del lavabo; también habilidades complejas como la administración del dinero, la organización de donde vivir, la ocupación y el tiempo libre, la movilidad y el uso del transporte, las compras, el desarrollo personal, etc.

Incluye : cualquier falta de motivación para manejarse o valerse por sí mismo, puesto que esto contribuye a un menor nivel de funcionamiento

No incluye la falta de oportunidades para ejercer las habilidades y capacidades intactas, que se registra en las Escalas 11 y 12

Sin problemas durante el periodo evaluado; buena capacidad de funcionamiento en todas las áreas

Problemas menores solamente (por ejemplo desordenado, desorganizado)

Cuidados personales adecuados pero fallo importante en la realización de una o más habilidades complejas (ver arriba)

Problemas severos en una o más áreas de los cuidados personales (alimentación, limpieza personal, vestimenta, uso del lavabo) así como discapacidad severa para ejecutar varias habilidades complejas

Discapacidad grave o incapacidad en todas o casi todas las áreas de cuidados personales y habilidades complejas

11. Problemas con las condiciones de vida

Puntuar la severidad media de los problemas en relación con la calidad de las condiciones de vida y con la rutina doméstica cotidiana

¿Están cubiertas las necesidades básicas (calefacción, luz, higiene)? Si es así, ¿se dispone de ayuda para afrontar las discapacidades y de variedad de oportunidades para utilizar habilidades y desarrollar otras nuevas?

No puntuar el nivel de discapacidad funcional en sí mismo, puntuado en la Escala 10

Nota : puntuar el alojamiento habitual del paciente. Si la evaluación se lleva a cabo en una unidad de internamiento de corta estancia, puntuar su alojamiento habitual.

El alojamiento y las condiciones de vida son aceptables; útil para mantener cualquier discapacidad registrada en la Escala 10 en el más bajo nivel posible, y para ayudar al paciente a valerse por sí mismo

El alojamiento es razonablemente aceptable aunque existen problemas menores o transitorios (por ejemplo la situación no es la ideal, no es la opción preferida, la comida no es de su agrado, etc.)

Problema significativo con uno o más aspectos del alojamiento y/o régimen (por ejemplo elección restringida; el personal o las personas que viven con el paciente tienen conocimientos insuficientes acerca de como limitar la discapacidad o de como ayudar a utilizar o a desarrollar habilidades nuevas o intactas)

Múltiples problemas preocupantes en relación con el alojamiento (por ejemplo carencia de algunas necesidades básicas); los recursos del entorno doméstico para mejorar la independencia del paciente son mínimos o inexistentes

El alojamiento es inaceptable (por ejemplo carece de las necesidades básicas, el paciente está en riesgo de desahucio o de quedarse en la calle, o las condiciones de vida son por lo demás intolerables), agravando los problemas del paciente

12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades

Puntuar el nivel global de problemas en relación con la calidad del entorno cotidiano. ¿Existe ayuda disponible para afrontar las discapacidades, y oportunidades para mantener o mejorar capacidades ocupacionales y recreativas y actividades?. Considerar factores tales como el estigma, falta de personal cualificado, acceso a recursos de apoyo (por ejemplo personal y equipamiento de centros de día, talleres, clubes sociales, etc.)
No puntuar el nivel de incapacidad funcional en sí mismo, puntuado en la Escala 10

Nota : Puntuar la situación habitual del paciente. Si el paciente está internado en una unidad de corta estancia, puntuar las actividades durante el periodo previo al ingreso.

El entorno cotidiano del paciente es aceptable: útil para mantener cualquier discapacidad puntuada en la Escala 10 en el menor nivel posible, y para ayudar al paciente a valerse por sí mismo.

Problema menor o transitorio (por ejemplo retraso en cobrar el paro): recursos razonables disponibles pero no siempre en el momento deseado, etc.

Surtido limitado de actividades; carencia de tolerancia razonable (por ejemplo denegar injustificadamente la entrada en bibliotecas u otros lugares públicos, etc.); en desventaja por la falta de domicilio estable; apoyo insuficiente por parte de profesionales o cuidadores; ayuda durante el día disponible pero durante tiempo muy limitado

Deficiencia marcada de servicios cualificados disponibles que ayuden a minimizar el nivel de discapacidad existente; ausencia de oportunidades para utilizar habilidades intactas o para adquirir nuevas; atención no cualificada de difícil acceso

La falta de oportunidades para realizar actividades durante el día contribuye a empeorar los problemas del paciente

Escala de efectos secundarios UKU (Udvalg für Kliniske Undersogelser)

Escala diseñada para evaluar los efectos secundarios derivados del consumo de psicofármacos^{143W}. Consta de 54 ítems que se agrupan en 4 subescalas diferentes y que evalúan el grado en que están presentes diferentes síntomas y signos, así como su relación causal con la medicación: Efectos psíquicos (9 ítems). Efectos neurológicos (8 ítems). Efectos autonómicos (11 ítems). Otros efectos (25 ítems). Los 2 últimos ítems (55 y 56) valoran la interferencia de los efectos secundarios sobre el funcionamiento diario del paciente y sus consecuencias sobre la toma de medicación.

Cada ítem presenta 4 posibles respuestas que van de 0 a 3 (0, no o dudosamente presente; 1, leve; 2, moderado; 3, grave). Las puntuaciones en cada una de las subescalas se obtienen sumando los puntos de cada uno de los que las constituyen. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

Síntoma	No Explorado	Gravedad				Relación causal		
		No/dudoso	Leve	Moderado	Grave	Improbable	Posible	Probable
Efectos psíquicos								
Dificultad de concentración								
Astenia / laxitud / fatigabilidad								
Somnolencia / sedación								
Alteraciones mnésicas								
Depresión								
Tensión / inquietud								
Aumento de la duración sueño								
Disminución de la duración sueño								
Aumento de los sueños								
Indiferencia emocional								
Efectos neurológicos								
Distonía								
Rigidez								
Hipocinesia / acinesia								
Hipercinesia								
Temblor								
Acatisia								
Convulsiones epilépticas								
Parestesias								
Efectos autonómicos								
Trastornos de acomodación								
Aumento de la salivación								
Disminución de la salivación								
Náusea / vómito								
Diarrea								
Estreñimiento								
Alteraciones de la micción								
Poliuria / polidipsia								
Vértigo ortostático								
Palpitaciones / taquicardia								
Aumento de la sudoración								
Otros efectos								
Exantema morbiliforme								
Exantema petequeial								
Exantema urticarial								
Exantema psoriásico								
Exantema inclasificable								
Prurito								
Fotosensibilidad								
Aumento de la pigmentación								
Aumento de peso								
Pérdida de peso								
Menorragia								
Amenorrea								
Galactorrea								
Ginecomastia								
Aumento del deseo sexual								
Disminución del deseo sexual								
Disfunción eréctil								
Disfunción eyaculatoria								
Disfunción orgásmica								
Disfunción de la lubricación vaginal								
Cefalea tensional								
Cefalea migrañosa								
Cefalea (otras formas)								
Dependencia física								
Dependencia psíquica								

Valoración de la interferencia de los efectos secundarios sobre el funcionamiento diario del paciente	Evaluador	
	Paciente	Médico
0 Sin efectos secundarios		
1 Sin interferencia significativa		
2 Interferencia moderada		
3 Interferencia marcada		
Consecuencia		
0 Ninguna acción		
1 No reducción dosis / tratamiento de efectos secundarios		
2 Reducción de la dosis		
3 Retirada medicación o cambio		

Escala de Movimientos Involuntarios Anormales (Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS)

Instrumento de 12 items que evalúa los movimientos involuntarios asociados con fármacos antipsicóticos^{144W}, tanto la distonía tardía y la acatisia crónica como la alteración motora «espontánea» debida a la propia enfermedad.

En los 6 primeros, mediante una escala de 5 puntos, de 0 (no) a 4 (grave), se valora la gravedad de los movimientos en tres grandes áreas anatómicas (facial/oral, extremidades y tronco). Además, hay 3 para emitir un juicio global y otros dos sobre el estado dental.

Instrucciones. Antes o después de completar el examen, observe al paciente no interfiriendo el descanso (p. ej., en la sala de espera). La silla para ser utilizada en este examen debería ser dura, firme, sin brazos.

1. Pregunte al paciente si tiene alguna cosa en su boca (como chicle o caramelo) y, si es así, que lo saque.
2. Pregunte por el estado *actual* de la dentadura del paciente. Pregunte si lleva dentadura postiza. Pregunte si los dientes o la dentadura molestan al paciente *ahora*.
3. Pregunte al paciente si nota algún movimiento en su boca, cara, manos o pies. Si es así, invite al paciente a describirlos y a indicar hasta qué grado *actualmente* molestan al paciente o interfiere con actividades.
4. Indique al paciente que se siente en la silla con las manos en las rodillas, las piernas ligeramente separadas y los pies apoyados en el suelo. (Mire todo el cuerpo para detectar movimientos del paciente en esta posición.)
5. Invite al paciente a sentarse con las manos colgando – si es hombre, entre sus piernas, si es mujer y lleva un vestido, que las deje suspendidas sobre sus rodillas. (Observe las manos y otras áreas del cuerpo.)
6. Invite al paciente a abrir su boca. (Observe la lengua en reposo dentro de la boca.). Hacer esto dos veces.
7. Invite al paciente a sacar su lengua. (Observe anomalías del movimiento de la lengua.). Hacer esto dos veces.
8. Invite al paciente a golpear el dedo gordo con cada dedo tan rápidamente como sea posible durante 10 a 15 segundos, primero con la mano derecha, después con la mano izquierda. (Observe los movimientos faciales y de las piernas.) [activado]
9. Flexione y extienda los brazos izquierdo y derecho del paciente, uno cada vez.
10. Invite al paciente a levantarse. (Observe el perfil del paciente. Observe todas las áreas corporales, incluso las caderas.)
11. Invite al paciente a extender los brazos hacia el frente, con las palmas hacia abajo. (Observe el tronco, piernas y boca.) [activado]
12. Indique al paciente que camine unos pocos pasos, gire y vuelva a la silla. (Observe las manos y la marcha.) Esto dos veces. [activado]

Para las puntuaciones del movimiento (las tres primeras categorías de abajo), evalúe la mayor gravedad observada. Se resta un punto si los movimientos son vistos *solamente en activación*.

	No	Mínimo/extremo normalidad	Leve	Moderado	Grave	No valorable o aplicable
Movimientos faciales y orales						
1. Músculos de expresión facial. Ej.: movimientos de la frente, cejas, área periorbitaria, mejillas; incluye fruncir el ceño, parpadear, hacer muecas con la parte superior de la cara.	0	1	2	3	4	NA
2. Labios y área perioral. Ej.: fruncir, hacer muecas, hacer pucheros.	0	1	2	3	4	NA
3. Mandíbula. Ej.: comiendo, apretando, masticando, abrir la boca, movimiento lateral.	0	1	2	3	4	NA
4. Lengua. Puntúe solamente aumento en ambos movimientos dentro y fuera de la boca, no la incapacidad para mantener el movimiento.	0	1	2	3	4	NA
Movimientos de las extremidades						
5. Superiores (brazos, muñecas, manos, dedos). Incluyendo movimientos coreicos (p. ej., rápido, sin propósito objetivo, irregular, espontáneo), movimientos atetoides (p. ej., lento, irregular, complejo, serpenteante). <i>No incluye temblor</i> (p. ej. repetitivo, regular, rítmico).	0	1	2	3	4	NA
6. Inferiores (piernas, rodillas, tobillos, dedos del pie). Ej.: movimiento lateral de rodilla, golpear con el pie, dejar caer el talón, retorcer el pie, inversión y eversión del pie.	0	1	2	3	4	NA
Movimientos del tronco						
7. Cuello, hombros y caderas. Ej.: balanceo, torsión, retorcimiento, giros pélvicos. Incluye movimientos diafragmáticos.	0	1	2	3	4	NA
Juicio global						
8. Gravedad total de movimientos anormales.	0	1	2	3	4	NA
9. Incapacidad debida a movimientos anormales.	0	1	2	3	4	NA
10. Conciencia del paciente de movimientos anormales. Puntúe solamente el informe del paciente. 0. No conciencia 1. Conciencia, sin malestar 2. Conciencia, malestar leve 3. Conciencia, malestar moderado 4. Conciencia, malestar grave	0	1	2	3	4	NA
Estado dental						
11. Problemas actuales con dientes y/o prótesis.	NO			SI		
12. ¿Desgasta la dentadura postiza habitualmente?.	NO			SI		

6. BIBLIOGRAFIA

- ¹ Donaldson RJ, Donaldson LJ. *Essential community medicine (including relevant social services)*. MTP Press. Lancaster, 1983.
- ² Flugel JC, Goldberg EM, Cockett M. *Proceedings of the International Conference on Mental Hygiene*, vol. IV. International Congress on Mental Health. H.K. Lewis. Londres, 1948.
- ³ Bellak L. *Handbook of community psychiatry and community mental health*. Grune & Stratton. Nueva York, 1964.
- ⁴ Caplan G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1980.
- ⁵ Reed J, Lomas G. *Psychiatric services in the community. Developments and innovations*. Croom Health. Londres, 1984.
- ⁶ Brown GW, Bone M, Dalison B, Wing JK. *Schizophrenia and social care*. Maudsley Monographs, nº 17. Oxford University Press. Londres, 1966.
- ⁷ Bachrach LL. "Dimensions of disability in the chronic mentally ill". *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37 (10):981-982.
- ⁸ Bachrach LL. "Sociological thought in psychiatric care". *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38 (8): 819-820.
- ⁹ Davidson RE, Factor R, Gundlach E y cols. "Psychiatric nursing roles in a community mental health center". *Community Ment Health J* 1988; 24 (1): 83-86.
- ¹⁰ Guimón J. "El equipo suficientemente bueno. Reflexiones sobre la vulnerabilidad de los recursos humanos y comunitarios". *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1985; 15: 501-504.
- ¹¹ Bachrach LL. "An overview of deinstitutionalization". En Bachrach (ed.): *New directions for mental health services, n.º 17*. Jossey-Bass. San Francisco, 1983.
- ¹² Bachrach LL. "Asylum and chronically ill psychiatric patients". *Am J Psychiatry* 1984; 141 (8): 975-978.
- ¹³ Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriot S. "Equipos comunitarios de salud mental para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane)". *La Cochrane Library Plus*. Nº 2, 2003. Oxford: Update software.
- ¹⁴ Leff J. *Care in the community. Illusion or reality?* John Wiley & Sons, Chichester 1997.

-
- ¹⁵ Goffman E. *Internados*. Ed. Amorrortu, 1972.
- ¹⁶ Linn L. "Some aspects of a psychiatric program in a voluntary general hospital". En Bellak (ed.): *Handbook of community psychiatry*. Grune & Stratton. Nueva York, 1964. p. 126-143.
- ¹⁷ Thompson JW, Burns BJ, Taube CA. "The severely mentally ill in general hospital psychiatric units". *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10 (1): 1-9.
- ¹⁸ Edwards C. Carter J. "Day services and the mentally ill". En Wing y Olsen (eds.): *Community care for the mentally disabled*. Oxford University Press, 1979.
- ¹⁹ DHSS. "Mental illness: policies for prevention, treatment, rehabilitation and care". Anexo 1, DHSS: *Government response to the 2nd. report from de Soc. Serv. Committee*. Cmnd. 9674, HMSO, 1985.
- ²⁰ Shepherd M, Cooper B, Brown AC, Kalton GW. *Psychiatric illness in general practice* (2ª ed). Oxford University Press, 1981.
- ²¹ Thornicroft G, Tansella M. "Balancing community-based and hospital-based mental health care. Forum World Psychiatric Association. Abril 2003. Disponible en <http://www.wpanet.org/sectorial/forums/forum2.doc> [Visitado el 9 octubre 2003].
- ²² Gisbert C. (Coord.) *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Asociación Española Neuropsiquiatría Colección Estudios nº 28. Madrid, 2003.
- ²³ *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Asociación Española Neuropsiquiatría. Cuaderno Técnico nº 6. Madrid, 2002.
- ²⁴ López Muñoz F, Alamo C (Eds.) *Historia de la neuropsicofarmacología*. Ediciones Eurobook. Madrid, 1998.
- ²⁵ Greenblatt M. "Drogas, esquizofrenia y la tercera revolución". En *Psicofarmacología a los treinta años de progreso*. Vol 7. Lipton MA, Di Mascio A, Killam KF (Eds.) Espaxs. Barcelona, 1982. p. 1319-1325.
- ²⁶ Hogarty GE, Schooler NR, Ulrich R, Mussare F, Ferro P, Herron E. "Flufenacina y terapéutica social en el control después del internamiento de pacientes esquizofrénicos". En *Psiquiatría en la comunidad y neurolépticos "retard"*. Ruiz M, Imlah NW, Berrios GE, Hogarty GE, Mas-Yebra A, Gómez del Cerro JH. CEPYP. Barcelona, 1980. p. 33-67.
- ²⁷ Simpson GM. "A brief history of depot neuroleptics". *J Clin Psychiatry* 1984; 45:5 (Sec. 2): 3-4.

-
- ²⁸ Glazer WM, Maynard C, Berkman CS. "Injection site leakage of depot neuroleptics: intramuscular versus subcutaneous injection". *J Clin Psychiatry* 1987; 48 (6): 237-9.
- ²⁹ Kinross-Wright J, Vogt AH, Charalampous KD. "A new method of drug therapy". *Am J Psychiatry* 1963; 119: 779-780.
- ³⁰ Simpson GM, Amin M, Kunz E, McCafferty V. "Studies on a second long-acting fluphenazine". *Am J Psychiatry* 1965; 121: 784-787.
- ³¹ Imlah, NW, Murphy KP. "A planned system of community care for schizophrenia in Great Britain". *Aust N Z J Psychiatry* 1978; 10: 141-145.
- ³² Imlah NW. "Un programa para la asistencia comunitaria de la esquizofrenia en Birmingham, Inglaterra". *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1978; 6 (1): 23-32.
- ³³ Gayral LF, Cotonat J, Schmitt L. "El tratamiento de las psicosis de largo curso por los neurolepticos de acción prolongada. Dirección del tratamiento y nivel plasmático del medicamento. La nueva cronicidad". *Folia Neuropsiquiátrica* 1987; Enero-Abril: 67-78.
- ³⁴ Healey D. *The creation of psychopharmacology*. Harvard University Press. Cambridge, 2002.
- ³⁵ Healey D. *The psychopharmacologists III*. Arnold. Londres, 2000.
- ³⁶ Gómez del Cerro J, Mas-Yebra A. "Estudio con decanoato de flufenacina en las psicosis". Ruiz M, Imlah NW, Berrios GE, Hogarty GE, Mas-Yebra A, Gómez del Cerro JH. CEPYP. Barcelona, 1980. p. 101-126.
- ³⁷ González-Pinto R, Bolado C, Ibáñez M, Marquínez F, Sánchez I, Teruel R. Candina. Adaptación social, trastornos psicóticos y clínica de neurolepticos de acción prolongada (CNAP). *Osakidetza* 1987; 6: 480-488.
- ³⁸ Breen R, Thornhill T. "Noncompliance with medication for psychiatric disorders". *CNS Drugs* 1998; 9 (6): 457-471.
- ³⁹ American Psychiatric Association. "Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia". *Am J Psychiatry* 1997; 154 (suppl 4): 1-63.
- ⁴⁰ Kane JM, Eerdeken M, Lindenmayer J-P, Keith SJ, Lesem M, Karcher K. "Long-Acting Injectable Risperidone: Efficacy and Safety of the First Long-Acting Atypical Antipsychotic". *Am J Psychiatry* 2003; 160 (6): 1125-1132.
- ⁴¹ Kelleher JP, Centorrino F, Albert MJ, Baldessarini RJ. "Advances in atypical Antipsychotics for the treatment of schizophrenia". *CNS Drugs* 2002; 16 (4): 249-261.

⁴² Potter LS, Dalberth BT, Cañamar R, Betz M. "Depot medroxyprogesterone acetate pioneers. A retrospective study at a North Carolina Health Department. *Contraception* 1997; 56 (5): 305-312.

⁴³ Weiden P, Rapkin B, Zygmunt A, Mott T, Goldman D, Frances A. "Postdischarge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen". *Psychiatr Serv* 1995; 46 (10): 1049-54.

⁴⁴ Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. "Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents?" *Am J Psychiatry* 2002; 159 (1): 103-8. Erratum en *Am J Psychiatry* 2002; 159 (3): 514.

⁴⁵ Tunnicliffe S, Harrison G, Standen PJ. Factors affecting compliance with depot injection treatment in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992; 27: 230-233.

⁴⁶ Shooter M. "The patient's perspective on medicines in mental illness". *Br Med J* 2003; 327 (7419): 824-6.

⁴⁷ Smith R. "Editor's choice: An extreme failure of concordance". *Br Med J* 2003; 327 (7419): 0-g.

⁴⁸ Mullen PD. (Editorial) Compliance becomes concordance. *Br Med J* 1997; 314 (7082): 691.

⁴⁹ U.S. Pharmacist. *Bioavailability of parenteral products*. Jobson publishing. Disponible en <http://www.eden.rutgers.edu/~paranjpe/USPharmacist.pdf> [Visitado el 2 de Octubre 2003].

⁵⁰ Altamura AC, Sassella F, Santini A, Montresor C, Fumagalli S, Mundo E. "Intramuscular preparations of antipsychotics: uses and relevance in clinical practice". *Drugs* 2003; 63 (5): 493-512.

⁵¹ Knudsen P. "Chemotherapy with neuroleptics. Clinical and pharmacokinetic aspects with a particular view to depot preparations". *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1985; 322: 51-75.

⁵² Dencker SJ, Axelsson R. "Optimising the use of depot antipsychotics". *CNS Drugs* 1996; 6 (5): 367-381.

⁵³ Gayral LF, Cotonat J, Schmitt L. "El tratamiento de las psicosis de largo curso por los neurolepticos de acción prolongada. Dirección del tratamiento y nivel plasmático del medicamento. La nueva cronicidad". *Folia Neuropsiquiátrica* 1987; Enero-Abril: 67-78.

⁵⁴ Ebedes H. "The use of long-acting tranquilizers in captive wild animals". En McKenzie AA (Ed.) *The Capture and Care Manual: Capture, Care,*

Accommodation of Wild African Animals. Wildlife Decision Support Services CC and the South African Veterinary Association 1993 Disponible en http://www.wildlifedecisionsupport.com/captureandcare/sectiona/drugs/03_ebedes.html [Visitado el 19 de Septiembre 2003].

⁵⁵ Agra S. Neurolépticos de acción prolongada y riesgo de suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1990; 33: 181-190.

⁵⁶ Glazer WM, Kane JM. "Depot neuroleptic therapy: An underutilized treatment option". *J Clin Psychiatry* 1992; 53, 426-433.

⁵⁷ Barnes TRE, Curson DA. "Long term depot antipsychotics. A risk-benefit assessment". *Drug Saf* 1994; 10 (6): 464-479.

⁵⁸ Lehmann HE, Ban TA. "The history of the psychopharmacology of schizophrenia". *Can J Psychiatry* 1997; 42 (2): 152-162.

⁵⁹ Adams CE, Fenton MK, Quraishi S, David AS. "Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia". *Br J Psychiatry* 2001; 179: 290-9, 2001.

⁶⁰ Davis JM, Metalon L, Watanabe MD, Blake L. "Depot antipsychotic drugs. Place in therapy". *Drugs* 1994; 47 (5): 741-73.

⁶¹ Knapp M, Ilson S, David A. Depot antipsychotic preparations in schizophrenia: the state of the economic evidence. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17 (3): 135-40.

⁶² Consenso español de expertos para *Recomendaciones de actuación en el tratamiento de la esquizofrenia*. Sociedad española de psiquiatría, 2000.

⁶³ Santamaría B, Pérez M, Montero D, Madurga M, De Abajo FJ. "Uso de agentes antipsicóticos en España durante 1985-2000. *Eur Psychiatry Ed Esp* 2003; 10: 313-318.

⁶⁴ Lambert, T.R.J. Singh, B. "Psychotropic prescribing in community mental health clinics". Office for Psychiatric Evaluation & Educational NewMedia (OPEN), University of Melbourne, 1999. Disponible en http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/open/pdfs/Audit_poster.pdf [Visitado el 30 Junio 2003]

⁶⁵ Price N, Glazer W, Morgenstern H. "Demographic predictors of the use of injectable versus oral antipsychotic medications in outpatients". *Am J Psychiatry* 1985; 142:1491-1492.

⁶⁶ Kuno E, Rothbard AB. "Racial Disparities in Antipsychotic Prescription Patterns for Patients With Schizophrenia". *Am J Psychiatry* 2002; 159 (4): 567-572.

⁶⁷ Woods SW, Sullivan MC, Neuse EC, Diaz E, Baker CB, Madonick SH, Griffith EEH, Steiner JL. "Racial and Ethnic Effects on Antipsychotic Prescribing Practices in a Community Mental Health Center". *Psychiatr Serv* 2003; 54 (2): 177-179.

⁶⁸ Levine, J. Jaffe, A. (2002) Standard Displays for Antipsychotic Medication Utilization. 51st Annual Conference on Mental Health Statistics 2002 Accesible en <http://www.mhsip.org/MHSIPPRES02/JeromeLevine02.pdf> [Visitado el 30 Junio 2003]

⁶⁹ Valenstein M, Copeland LA, Owen R. Blow FC, Visnic S. "Adherence assessment and the use of depot antipsychotics in patients with schizophrenia". *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (7): 545-551.

⁷⁰ Haro JM, Edgell ET, Frewer P, Alonso J, Jones PB on behalf of the SOHO Study Group. "The European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes Study: baseline findings across country and treatment". *Acta Psychiatr Scand* 2003, 107 (Suppl. 416): 7-15.

⁷¹ Citrome L. Levine J, Allingham B. Utilization of depot neuroleptic medication in psychiatric inpatients. *Psychopharm Bull* 1996; 32 (3): 321-326.

⁷² Martínez Azumendi O. "Expectativas en el momento de la demanda. Utilidad de su estudio y papel en la mejora de la calidad asistencial". *Psiquis* 1995; 16 (7): 266-287.

⁷³ Walburn, J. Gray, R. Gournay, K. Quraishi, S. David, A.S. "Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication". *Br J Psychiatr* 2001; 179: 300-307.

⁷⁴ Castle, D.J. Morgan, V. (Correspondence) "Attitudes to depot antipsychotics". *Br J Psychiatr* 2002; 180: 187-188.

⁷⁵ Lambert, T.R.J. Brennan, A. Castle, D. "Clinician attitudes to depot antipsychotics in the era of the atypicals". Office for Psychiatric Evaluation & Educational NewMedia (OPEN), University of Melbourne. Disponible en <http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/open/pdfs/Attitudesposter.pdf> [Visitado el 30 Junio 2003].

⁷⁶ World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP). "Position paper on the principles for the protection of persons with mental illness..." Vancouver 2001. Disponible en <http://www.wnusp.org/docs/positionpaper.html> [Visitado el 16 Septiembre 2003].

⁷⁷ Brown P. Pantelis C. "Aspectos éticos del tratamiento farmacológico". En Bloch S, Chodoff P. Green SA (Eds.). *La ética en psiquiatría*. Ed. Triacastela. Madrid, 2001. p. 235-262.

⁷⁸ Santander F (Coor.). *Ética y praxis psiquiátrica*. Asociación Española Neuropsiquiatría. Madrid, 2000.

⁷⁹ Mental Health Special Interest Group of the British Association of Social Workers. "The White Paper "Reforming the Mental Health Act". Alternative Proposals". Kent. Diciembre 2001. Disponible en <http://www.basw.co.uk/mhsig/mhareform.pdf> [Visitado el 16 Septiembre 2003].

⁸⁰ Szmukler G. "Ética en la psiquiatría comunitaria". En Bloch S, Chodoff P. Green SA (Eds.). *La ética en psiquiatría*. Ed. Triacastela. Madrid, 2001. p. 341-358.

⁸¹ De Lorenzo R. *Manual práctico de la Ley básica de autonomía de los pacientes para psiquiatras*. Saned. Madrid, 2003.

⁸² Arechederra JJ. "Ética, consentimiento, confidencialidad". En Arechederra JJ, Ayuso PP, Chozá J, Vicente J. *Bioética, psiquiatría y derechos humanos*. International Marketing and Communications. Madrid, 1995. p. 77-103.

⁸³ Roldán B, Perea B. *El consentimiento informado en la práctica médica*. SmithKline Beecham. Madrid, 1996.

⁸⁴ Peele R. Chodoff P. "La ética del tratamiento involuntario y la desinstitucionalización". En Bloch S, Chodoff P. Green SA (Eds.). *La ética en psiquiatría*. Ed. Triacastela. Madrid, 2001. p. 397-413.

⁸⁵ Billcliff N, McCabe E, Brown KW. "Informed consent to medication in long-term psychiatric in-patients". *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr* 2001; 25: 132-134.

⁸⁶ Royal College of Psychiatrist. *Information factsheets on common psychiatric problems and treatments. Depot medication*. Londres. Disponible en <http://www.rcpsych.ac.uk/info/factsheets/pfacdepot.htm> [Visitado el 27 septiembre 2003]

⁸⁷ Camden and Islington pharmacy service. Diversos folletos de información para pacientes. Disponible en <http://www.cimhscaretrust.nhs.uk/Services/pharmacy.htm> htm [Visitado el 27 septiembre 2003].

⁸⁸ Sue E. Tourgis SE, Clark SD, Thornton JF, Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. *Long-Acting Depot Neuroleptics*. Internet mental health, Disponible en <http://www.mentalhealth.com/drugbk/p34-depo.html> [Visitado el 27 septiembre 2003].

⁸⁹ Janssen-Cilag. Information for people who are given Risperdal Consta. Disponible en <http://www.janssen-cilag.co.uk/product/pdf/pil00111.pdf> [Visitado el 27 septiembre 2003].

-
- ⁹⁰ Jiménez O, Castro E, Camacho S. “¿Por qué fuman tanto los esquizofrénicos?”. *Psiquiatría Pública* 1999; 11 (5-6): 192-195.
- ⁹¹ Burch EA, Ayd FJ. “Depot Pipotiazine 1970-1982: a review”. *J Clin Psychiatry* 1983; 44: 242-247.
- ⁹² Lehman AF, Steinwachs DM. “Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations”. *Schizophr Bull* 1998; 24 (1): 1-10.
- ⁹³ Gerlach J. “Depot neuroleptics in relapse prevention: advantages and disadvantages”. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 9 (suppl 5): 17-20.
- ⁹⁴ Kane JM. “Dosing issues and depot medication in the maintenance treatment of schizophrenia”. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10 (Suppl 3): 65-71.
- ⁹⁵ Salinas E, Sirvent M, Gallego M, García M, Muñoz MA, Sánchez MR, Valverde JA, Pol E. “Evaluación del uso de antipsicóticos y antiparkinsonianos en pacientes crónicos institucionalizados”. *Farm Hosp* 1995; 19 (3): 137-144.
- ⁹⁶ Cockshott WP, Thompson GT, Howlett LJ, Seeley ET. “Intramuscular or intralipomatous injections?”. *N Engl J Med*. 1982; 307 (6): 356-8.
- ⁹⁷ Kane JM, Aguglia E, Altamura AC, Ayuso Gutiérrez JL, Brunello N, Fleischhacker WW, Gaebel W, Gerlach J, Guelfi JD, Kissling W, Lapierre YD, Lindstrom E, Mendlewicz J, Racagni G, carulla LS, Schooler NR. “Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia”. *Eur Neuropsychopharmacol* 1998; 8 (1): 51-56.
- ⁹⁸ Rodger M, King L. “Drawing up and administering Intramuscular Injections: A Review of the Literature”. *J Adv Nurs* 2000; 31 (3): 574-582.
- ⁹⁹ Nicoll LH, Hesby A. “Intramuscular injection: An integrative research review and guideline for evidence-based practice”. *Appl Nurs Res* 2002; 16 (2): 149-162.
- ¹⁰⁰ Hamann GL, Egan TM, Wells BG, Grimmig JE. “Injection site reactions after intramuscular administration of Haloperidol Decanoate 100 mg/mL”. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (12): 502-504.
- ¹⁰¹ Hay J. “Injection site reactions (letter to the editor)”. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 (7): 256.
- ¹⁰² Fleishman M. “Injection of depot antipsychotic medications in patients with schizophrenia” (carta). *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (9): 840-1.
- ¹⁰³ Varios. Subcutaneous depot antipsychotics. Dr. Bob’s psychopharmacology tips. Disponible en <http://www.dr-bob.org/tips/split/Subq-depot-antipsychotics.html> [Visitado el 2 Octubre 2003].

-
- ¹⁰⁴ Bloch Y, Mendlovic S, Strupinsky S, Altshuler A, Fennig S, Ratzoni G. "Injections of depot antipsychotic medications in patients suffering from schizophrenia: do they hurt?" *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (11): 855-9.
- ¹⁰⁵ Barnhill BJ, Holbert MD, Jackson NM, Erickson RS. "Using pressure to decrease the pain of intramuscular injections". *J Pain Symptom Manage* 1996; 12: 152-8.
- ¹⁰⁶ Chung JW, Ng WM, Wong TK. "An experimental study on the use of manual pressure to reduce pain in intramuscular injections". *J Clin Nurs* 2002; 11 (4): 457-61.
- ¹⁰⁷ Kruszewski AZ, Lang SH, Johnson JE. "Effect of positioning on discomfort from intramuscular injections in the dorsogluteal site". *Nurs Res* 1979; 28 (2): 103-5.
- ¹⁰⁸ Rock D. "Does drawing up technique influence patients' perception of pain at the injection site?". *Aust N Z J Ment Health Nurs* 2000; 9 (3): 147-51.
- ¹⁰⁹ Reeves S, Howard R. Depot injections and nut allergy. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 188.
- ¹¹⁰ Baird A, Levison D, Murdoch R. "A mass in the buttock of a schizophrenic". *Eur J Surg Oncol* 1999; 25(2): 223-4.
- ¹¹¹ Hay J. "Complications at site of injection of depot neuroleptics". *Br Med J* 1995; 311: 421.
- ¹¹² Muldoon C. "Preventing local complications of depot neuroleptics". *Br Med J* 1995; 311: 1368.
- ¹¹³ Llodrá V, Puigventós F, Barroso MA, Martínez A, Comas F, Ginés J, Escrivá A, Delgado O, Serra J. "Guía de administración de medicamentos vía parenteral. Tríptico informativo". *Farm Hosp* 1997; 21 (1): 52-56.
- ¹¹⁴ Belanger MC, Chouinard G. "Technique for injecting long-acting neuroleptics". *Br J Psychiatry* 1982; 141: 316.
- ¹¹⁵ Belanger MC. "Long-acting neuroleptics: technique for intramuscular injection". *Can Nurse* 1985; 81 (8): 41-44.
- ¹¹⁶ Mac Gabhann L. "A comparison of two depot injection techniques". *Nurs Stand* 1998; 12(37): 39-41.
- ¹¹⁷ Quartermaine S, Taylor R. "A comparative study of depot injection techniques". *Nurs Times* 1995; 91(30): 36-9.
- ¹¹⁸ Keen MF. "Comparison of intramuscular injection techniques to reduce site discomfort and lesions". *Nurs Res* 1986; 35(4): 207-10.

¹¹⁹ Barrigüete I. "Técnicas de punción intramuscular normal versus punción en "Z"". Accesible en www.es.geocities.com/carlosgerena/reseviden06.htm [Visitado el 30 Junio 2003]

¹²⁰ O'Ceallaigh S, Fahy T. "Is there a role for the depot clinic in the modern management of schizophrenia?". *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr* 2001; 25: 481-484.

¹²¹ Katsching H, Freeman H, Sartorius (Eds.) *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Ed. Masson. Barcelona, 2000.

¹²² Muir_Cochrane EC. "The role of the community mental health nurse in the administration of depot neuroleptic medication: 'not just the needle nurse!'". *Int J Nurs Pract* 1998; 4 (4): 254-60.

¹²³ Burns T, Millar E, Garland C, Kendrick T, Chisholm B, Ross F. "Randomized controlled trial of teaching practice nurses to carry out structured assessments of patients receiving depot antipsychotic injections". *Br J Gen Pract* 1998; 48 (437): 1845-8.

¹²⁴ Millar E, Garland C, Ross F, Kendrick T, Burns T. "Practice nurses and the care of patients receiving depot neuroleptic treatment: views on training, confidence and use of structured assessment". *J Adv Nurs* 1999; 29 (6): 1454-61.

¹²⁵ Martínez Azumendi, O. Arístegui, R. Protocolos de actuación en un C.S.M. Presentación en VI Jornadas de Calidad en Salud Mental. Bilbao, 30-31 octubre 1997.

¹²⁶ Nosé M, Barbui C, Gray R, Tansella M. "Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis". *Br J Psychiatry* 2003; 183: 197-206.

¹²⁷ Bebbington PE. "The content and context of compliance". *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 9 Suppl 5: 41-50.

¹²⁸ Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. "Compliance therapy in psychotic patients: a randomised controlled trial". *Br Med J* 1996; 312: 345-349.

¹²⁹ Kemp R, Kirov G, Everitt B., Hayward P, David A. "Randomised controlled trial of compliance therapy: 18 month follow-up". *Br J Psychiatry* 1998; 172: 413-419.

¹³⁰ O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, Migone M, Harries R, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E. "Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia". *Br Med J* 2003; 327: 834 - 840.

¹³¹ Reda S, Makhoul S. "Prompts to encourage appointment attendance for people with serious mental illness (Cochrane Review)". *The Cochrane Library*, vol. 2 2003. Oxford: Update Software.

¹³² e-pill® Medication Reminders and Practical Patient Compliance Systems. Disponible en <http://www.epill.com> [Visitado el 19 Septiembre 2003]

¹³³ Chiu SN, Poon TK, Fong SY, Tsoh MY. "A review of 354 outreach patients of the Kwai Chung hospital community psychiatric team". *Hong Kong J Psychiatry* 2000; 10 (3): 6-13.

¹³⁴ Crowley J, Riseborough S, Lewins P. "Enabling carers and relatives to give depot injections". *Mental Health Practice* 2002; 5 (9): 12-6.

¹³⁵ Review of best practices in mental health reform. Prepared by Health Systems Research Unit, Clarke Institute of Psychiatry. Ottawa, 1998. Disponible en http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/pubs/bp_review/e_index.html [Visitado el 19 de septiembre 2003]

¹³⁶ Practice guidance: The nurses' contribution to assertive community treatment. Mental health nursing "Addressing acute concerns" Department of Health, Londres 1999. Disponible en <http://www.doh.gov.uk/pub/docs/doh/snmacaac.pdf> [Visitado el 19 de septiembre 2003]

¹³⁷ Guest L, Burns T. "Community care for patients with schizophrenia – a UK perspective". *Journal of advances in schizophrenia and brain research* 2001; 3 (2): 34-42.

¹³⁸ Angermeyer MC, Katsching H. "Medicación psicotrópica y calidad de vida: un marco conceptual para valorar su relación". En Katsching H, Freeman H, Sartorius (Eds.) *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Ed. Masson. Barcelona, 2000. p. 207-216.

¹³⁹ Guy W. *Early Clinical Drug Evaluation Unit (ECDEU) Assessment Manual*. Rockville. National Institute Mental Health, 1976.

¹⁴⁰ American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA, 1994.

¹⁴¹ Overall JE, Gorham DR. "The Brief Psychiatric Rating Scale". *Psychol Rep* 1962; 10: 799-812.

¹⁴² Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. "Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)". *Psiquiatría Pública* 1999; 11 (4): 93-101.

¹⁴³ Lingjaerd O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. "The UKU side effect rating scale". *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76 (Suppl 334): 1-100.

¹⁴⁴ Guy W. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised ed.* Washington: US Department of Health, Education and Welfare, 1976.

¹⁴⁵ Borthwick A, Holman C, Kennard D, McFetridge M, Messruther K, Wilkes J. "The relevance of moral treatment to contemporary mental health care". *Journal of Mental Health* 2001; 10 (4): 427-439.

¹⁴⁶ Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software. Disponible en <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001360.htm> [Visitado el 19 de Septiembre 2003].

¹⁴⁷ Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software. Disponible en <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab002831.htm> [Visitado el 19 de Septiembre 2003].

¹⁴⁸ Heyscue BE, Levin GM, Merrick JP. "Compliance with depot antipsychotic medication by patients attending outpatients clinics". *Psychiatr Serv* 1998; 49 (9): 1232-1234.

¹⁴⁹ Community Treatment Team (Depot Clinic). South West Yorkshire Mental Health NHS Trust. Hoja informativa. Disponible en <http://www.southwestyorkshire.nhs.uk/services/service.asp?ID=91> [Visitado el 19 de Septiembre 2003].