

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



RAMIRO ARTURO HERRERA SAN JOSE

GUATEMALA, FEBRERO DE 1980

1. INTRODUCCION
2. HIPOTESIS
3. MATERIAL Y METODOLOGIA
4. REVISION DE LITERATURA:
 - 4.1 Definición de Esquizofrenias
 - 4.2 Tipos Clínicos de Esquizofrenia
 - 4.3 Evolución terapéutica en las enfermedades mentales
 - 4.4 Descripción del Decanoato de Flufenazina:
 - 4.4.1 Propiedades generales
 - 4.4.2 Farmacología
 - 4.4.3 Indicaciones
 - 4.4.4 Reacciones colaterales
 - 4.4.5 Precauciones
 - 4.4.6 Posología y Administración
5. GRAFICAS
6. CONCLUSIONES
7. RECOMENDACIONES
8. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Desde que se inició la historia de la humanidad, el hombre ha tratado de encontrar los métodos más efectivos para llegar a controlar la sintomatología que presentan las diferentes alteraciones en el funcionamiento del cuerpo humano.

En el presente trabajo, tratamos de situarnos en un campo no bien explorado y para muchos confuso, como son las alteraciones mentales y su tratamiento.

Pretendemos exponer la evolución de la medicina en el manejo y tratamiento del paciente mental desde que se inició hasta nuestros días, con el aparecimiento de los psicofármacos a partir del año 1952, que es desde entonces cuando se configuran las grandes líneas de la psiquiatría farmacológica, cuyo presente vivimos y cuyo futuro es difícil de predecir.

Específicamente nuestro objetivo en éste trabajo es tratar de demostrar los beneficios obtenidos con el Decanoato de Flufenazina (neuroléptico de acción prolongada) en pacientes esquizofrénicos, tratados en el Hospital Neuro-Psiquiátrico de Guatemala, habiéndose revisado expedientes de los mismos, durante el lapso comprendido de enero de mil novecientos setenta y siete (1977) a diciembre de mil novecientos setenta y nueve (1979).

HIPOTESIS

- 1.- Usando neurolépticos de acción prolongada (Decanoato de Flufenazina) se obtienen mejores resultados que usando neurolépticos de acción rápida.
- 2.- Usando neurolépticos de acción prolongada (Decanoato de Flufenazina) en dosis adecuadas, se puede tratar al paciente en forma ambulatoria.
- 3.- Con la aplicación del Decanoato de Flufenazina, mejora la evolución de la esquizofrenia, principalmente en la forma crónica.
- 4.- Un alto porcentaje de pacientes esquizofrénicos tratados con Decanoato de Flufenazina, se han incorporado en menor tiempo a la sociedad.

MATERIAL Y METODOLOGIA

Para la realización de la presente tesis se procedió a la revisión de literatura y la investigación de 753 historias clínicas en los Archivos del Hospital Neuro-Psiquiátrico, cuyo diagnóstico fué de Reacción Esquizofrénica y seleccionando los casos tratados con medicamentos de acción retardada (Decanoato de Flufenazina).

Los parámetros utilizados fueron:

1. Edad
2. Sexo
3. Diagnóstico:
 - 3.1 Clínico
4. Tratamiento
5. Reacciones colaterales
6. Tiempo de hospitalización
7. Procedencia

REVISION DE LITERATURA

DEFINICION DE ESQUIZOFRENIAS

La mayoría de los enfermos de los hospitales psiquiátricos están allí para recibir tratamiento por dos tipos principales de psicosis: las esquizofrenia y las psicosis maniaco-depresivas. El término esquizofrenias significa "fragmentación de la personalidad". Se caracteriza por un sentido defectuoso de la realidad, alteraciones de la armonía e inadecuación del raciocinio y del sentido, y con frecuencia ideas delirantes y alucinaciones. Emil Kraepelin proporcionó una descripción detallada de los síntomas esquizofrénicos con un pronóstico demencial total. Bleuler en 1911 reunió bajo la denominación de esquizofrenia un grupo de enfermedades mentales que a pesar de tener ciertas diferencias entre ellas, tenía ciertas características comunes: trastornos de la asociación de ideas y de la afectividad. Según la tesis de Kretschmer, previamente a la enfermedad, existe una personalidad esquizoide y asténica. La concepción psicoanalítica afirma que intervienen además, en la esquizofrenia, trastornos de la libido (introversión, regresión, sustitución de la libido por agresión) desempeñando un papel esencial en su génesis.

La Asociación Psiquiátrica Americana la define como "un grupo de trastornos manifestados por alteraciones características de la ideación, del talante y de la conducta".

Según el Diccionario de Psicología de Friedrich Dorsch, son síntomas importantes de esquizofrenia los siguientes: trastornos del pensamiento (disgregación, pérdida de la conexión lógica, decadencia mental), ideas delirantes, vivencia de interpretación morbosa (de persecución, de grandeza), perturba-

ciones del lenguaje ("ensalada de palabras", verbigeración, énfasis en el hablar), trastornos sensoriales (alucinaciones, ilusiones, especialmente supuestas voces, y también en muchos casos falsas percepciones internas), perturbaciones en los movimientos (amaneramientos, catatonía, flexibilidad cética y estereotipias). Aparecen en primer término trastornos de la afectividad tornándose rígida o plana, la voluntad y la personalidad: alteraciones diversas del estado de ánimo, ideas súbitas, éxtasis, desatinos, apatía, pérdida de la capacidad de contacto social, mutismo, trastornos esenciales de la personalidad total, sensación de ser ajeno a las vivencias propias, alternancias de hiperexcitabilidad y de indiferencia (que puede presentarse en relación con áreas diversas de vivencias, escisión de la personalidad como despersonalización, re-personalización, etc.). Los cuadros sintomáticos son muy diversos y es frecuente que varíen rápidamente en un mismo individuo, pero caracterizándose en su forma de pensar por una resistencia a la argumentación lógica.

Las formas de la esquizofrenia reciben nombres atendiendo al síntoma predominante o a la dimensión de la personalidad en que aparecen las manifestaciones patológicas.

TIPOS CLINICOS DE ESQUIZOFRENIA

ESQUIZOFRENIA SIMPLE: Se caracteriza principalmente por el poco interés en las relaciones humanas y el mundo que lo rodea. Existe apatía e indiferencia y anulación de la personalidad. Casi no hay problema alucinatorio ni delirante, resultando alterada sobre toda la esfera afectiva.

ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA: Se caracteriza más que todo por el aislamiento del medio que lo rodea. El individuo

electrocede a un estado vegetativo, siendo esto el síntoma principal que lo diferencia de los otros tipos de esquizofrenia; se observa también introversión e inaccesibilidad a las relaciones con otras personas. Presenta a menudo sonrisa nerviosa o carcajada franca, así como fantasías fragmentarias de deseos por satisfacer o ideas delirantes.

ESQUIZOFRENIA CATATONICA: Sus principales manifestaciones son alteraciones de tipo motor, tales como negativismo, mutismo, flexibilidad cética, o por el contrario un cuadro de hiperactividad y excitación, el cual puede llegar hasta el agotamiento físico y la deshidratación; en la excitación catatónica la conducta no parece estar influenciada por estímulos externos pero es estereotipada, aparentemente inmotivada.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: Presenta síntomas tales como: ideas delirantes en relación a otras personas (delirio de persecución, de ser observado, de perjuicio, etc.) o de sí mismo (ideas de grandeza u otras, con un característico tipo de pensamiento para-lógico). Alucinaciones principalmente auditivas: el enfermo escucha voces, ruidos, música, etc., también de tipo visual, olfativas y de sensaciones internas o cenestésicas. El individuo se convierte en autista y ambivalente; durante el período presicótico es sumamente desconfiado, hostil, resentido, agresivo y excesivamente sensible. La esquizofrenia paranoide sigue un curso con remisiones que al final conducen a una alteración de la personalidad. Es importante hacer notar que por lo general se presenta en la tercera década de la vida. Junto a estas formas clásicas, la esquizofrenia puede presentar algunas formas que no son tan comunes; entre ellas podemos mencionar la indiferenciada, la esquizo-afectiva, la hipocondríaca y la depresiva.

EVOLUCION TERAPEUTICA EN LAS ENFERMEDADES MENTALES

Aspecto histórico: Desde que se inició la vida humana, inherente a la misma, existe la enfermedad física y mental, y desde entonces ha sido inquietud del hombre, el origen de la enfermedad y como combatirla. Para esto último, tomamos como base el hecho de que desde los albores de la humanidad se han encontrado cráneos trepanados que demuestran que los hombres creían combatir el desvarío por las cirurgías practicadas en él.

Hipócrates (Médico griego, el más famoso de la antigüedad, siglo 460-357 A. de C.), ya contaba entre su terapéutica el eléboro, que luego era seguido con tomas de leche de burra, alimentos fríos, nada de sal, aceite, dulce ni ácido. El paciente no se lavaría la cabeza con agua caliente, no haría gimnasia, ni bebería vino si no hacía efecto este tratamiento vendría la muerte. Así pues, la medicina Hipocrática, marca un giro decisivo al rechazar la medicina sacerdotal, que se venía practicando desde mucho tiempo atrás, dando paso a la observación clínica.

Sin embargo, con la edad media vuelve marcha atrás, lo que con los sabios antiguos se había logrado, ya que en esta época nuevamente renace la idea de que la locura es de origen mágico o demoníaco. De tal manera que la curación era privilegio de los sacerdotes. Los teólogos exorcistas muy poco enterados del funcionamiento del sistema nervioso y de su papel, escribieron la historia de la locura en la edad media, mientras que la ciencia emigraba hacia los musulmanes.

Los enfermos mentales figuraban entre los ejemplos más trágicos de la falta de humanidad del hombre hacia el hombre. Su comportamiento extraño, extravagante o violento, ha

cía que la sociedad en que vivían los marginara comportándose en el mejor de los casos, de manera indiferente hacia ellos, y en el peor, tratándolos con franca hostilidad, llegando a extremos de crueldad, especialmente durante los siglos XV y XVI, en que se acentuó la idea de que eran poseídos por el demonio. Según la historia los propios familiares les echaban de casa y tenían que irse a vivir como podían, aunque algunos monasterios les daban albergue. Se torturaba e incluso se llegó a quemar vivos a los enfermos. Se les encarcelaba y se les encadenaba al suelo. Aún que con el renacimiento algunos hombres empezaron a pensar que la locura podía deberse a causas físicas, todavía prevalecía la idea de que la enfermedad era un justo castigo, probablemente por una vida de pecado.

En ese entonces, la autoridad seglar tomó un papel más activo en muchos sectores de la vida, haciéndose cargo de los "cuidados" de los enfermos mentales, cuyo tratamiento era sencillamente encarcelarlos; aún para esa época los manicomios servían como centros de atracción en donde la gente llegaba a curiosear; los guardianes pegaban a los violentos, a otros se les hacía sangrías o bien se les purgaba como medida terapéutica.

Hacia finales del siglo XVIII, en el año de 1793, cambiaría el desolador panorama para los enfermos mentales. En un revolucionario París, Philippe Pinel, fué nombrado Médico de los alienados del Hospital de Bicetre, quien tuvo la oportunidad de poner en práctica sus ideas humanitarias en el tratamiento del enfermo mental, liberándolos de sus cadenas e implantando métodos terapéuticos de ejercicios físicos, visitas de amistades, conciertos y lecturas, iniciando de esta forma la sociabilidad del enfermo mental.

Al llegar el siglo XIX, los Médicos trataban de aliviar a estos enfermos, esforzándose en mejorar las condiciones de vida. Se caracteriza principalmente por la utilización de productos minerales, vegetales y animales, en la mayoría de los casos, con escaso o nulo poder terapéutico. Posiblemente las únicas excepciones fueron talvez la utilización, en los países orientales de la rawolfia y en los occidentales, del te, café, belladona, valeriana y opio.

En este siglo, una poderosa corriente inundaba Europa y los Estados Unidos en favor de una humanización del tratamiento de los enfermos mentales, aunque la terapéutica seguía siendo principalmente con instrumentos de contención.

A partir de 1851, hay un avance en la psicofarmacología, cuando Sir Charles Lacock aplica los primeros bromuros, y en 1869 Liebrich introduce el cloral. Al mismo tiempo se principian a extraer los alcaloides de las plantas utilizadas en la antigüedad. Además, un nuevo método vino a enriquecer el arsenal terapéutico, el cual era utilizado por Jean Martin Charcot, en la Salpêtrière de París, quien por medio de hipnosis eliminaba los síntomas histéricos de sus enfermos.

Al iniciarse el siglo XX, Sigmund Freud, discípulo de Charcot, siguió practicando el hipnotismo y su empleo fué más avanzado que el del propio Charcot, pero aunque le fué posible tratar con éxito algunas neurosis mediante su técnica-analítica inicial, Freud descubrió que muchos casos se resistían al tratamiento, llegando a la conclusión que sería necesario un análisis mucho más profundo y consciente desde la niñez. De esta manera nació el psicoanálisis, que es una escuela, un método de investigación y una forma terapéutica del psiquismo humano.

De 1900 a 1938, se sintetizan los diversos barbitúricos y las anfetaminas, pasando al arsenal terapéutico psiquiátrico. Aparecen nuevos métodos de tratamiento que modifican totalmente la evolución de ciertas enfermedades mentales, así como la asistencia al enfermo. Se puede citar la malarioterapia, ideada por Wagner Von Jauregg, en el año de 1917. Más adelante aparecen los primeros métodos de choque con Von Meduna, usando un medicamento denominado Cardiazol que provoca crisis convulsivas.

Con el descubrimiento de la hormona pancreática insulina en el año de 1923, Sakel la probó sobre una enferma con diagnóstico de Esquizofrenia, administrándole una dosis importante de insulina que le provocó un coma hipoglucémico creyendo haber encontrado el tratamiento adecuado para dicha enfermedad.

En 1938, Hugo Cerletti, en Roma, fué el primero en provocar crisis convulsivas mediante el paso de corriente alterna a través del cerebro. Los resultados del electroshock dieron el primer paso hacia la transformación que debía lograrse con la aparición de medicamentos psicotrópicos.

La etapa psicofarmacológica propiamente dicha, comienza con el descubrimiento en 1950, de la Clorpromazina por M. Charpienter. Numerosos autores la estudian y aplican experimentalmente; desde entonces comienzan las vicisitudes de este fármaco que puede considerarse como el primer psicofármaco, el psicofármaco "patrón". Paralelamente, la familia de los neurolépticos hasta la actualidad ha superado más de 2,000 estructuras químicas, únicamente el grupo de las fenotiazinas comprende más de 1,500, de las cuales unas 50 se aplican sistemáticamente; abarcando desde drogas de acción rápida hasta los medicamentos de acción prolongada como el

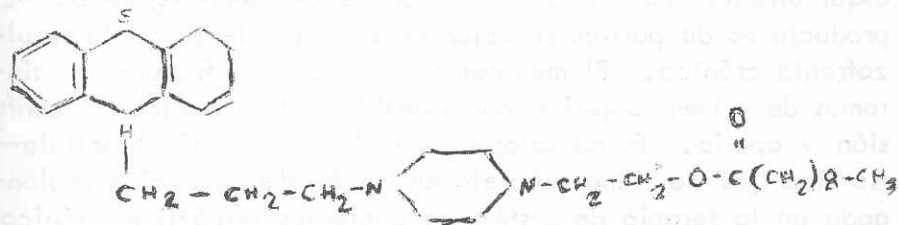
Enantato y el Decanoato de Flufenazina, sobre la cual se basa el presente trabajo, y que describiré en forma detallada a continuación.

DESCRIPCION Y USO DEL DECANOATO DE FLUFENAZINA

El enantato de flufenazina fué la primera droga de uso intramuscular, que apareció en el año de 1959. Posteriormente fue introducido el Decanoato de Flufenazina que tiene dos ventajas sobre la primera y consisten en que una sola dosis actúa por un tiempo más prolongado y con menos efectos extrapiramidales.

Es una droga de uso intramuscular de un derivado esterificado de trifluorometil fenotiazina a una concentración de 25 mg. de Decanoato de flufenazina por cada ml. y 1.2% de alcohol benzílico como preservativo. El Decanoato de flufenazina está designado como 4-(3-(2-(trifluorometil)-10-fenotiazinil) propil-1-piperazina etil decanoato.

Su fórmula estructural es:



Los derivados de fenotiazina inyectable de larga duración y en particular el Decanoato de flufenazina, tienen un valor especial en las recaídas de los esquizofrénicos, quienes debido a su falta de responsabilidad y motivación, no toman la medicina por vía oral; en estudios hechos en otros países Par

kes y Renton han demostrado que aproximadamente un 45% de pacientes esquizofrénicos tratados en forma ambulatoria no eran dignos de confianza para seguir tratamiento por vía oral. En países como el nuestro, en donde la situación socio-económica, cultural, la existencia de apenas dos Centros especializados para el tratamiento de estos enfermos, así como la actitud de la propia familia y la sociedad en general para el enfermo mental, el porcentaje arriba indicado tendrá que ser más alto.

FARMACOLOGIA: Como todos los derivados fenotiazínicos el Decanoato de Flufenazina parece actuar sobre el hipotálamo donde reduce el grado de varios componentes del sistema-activador mesodiencefálico comprometidos en el control del metabolismo basal, la temperatura corporal, la vigilia, el tono vasomotor, la emesis y el equilibrio hormonal, en adición las fenotiazinas ejercen un efecto neurovegetativo periférico de varios grados. Sin embargo, el sitio y la forma de acción de fenotiazinas no se ha dilucidado por completo.

INDICACIONES: El Decanoato de flufenazina está indicado en el tratamiento de trastornos psicóticos, que incluyen la esquizofrenia, la manía y el síndrome cerebral orgánico. El producto es de particular valor en el tratamiento de la esquizofrenia crónica. El medicamento alivia con frecuencia síntomas de primer objetivo como delirio, alucinaciones, confusión y apatía. Es no solamente útil en el medio hospitalario sino que no tiene paralelo en razón de su acción prolongada en la terapia de sostén en pacientes psicóticos crónicos a quienes se puede mantener como pacientes ambulatorios.

El comienzo de su acción aparece generalmente entre las 24 y 72 horas después de haber sido administrado, y los efectos de la droga sobre los síntomas psicóticos se hacen sig-

nificativos dentro de dos a ocho días, entonces la actividad-terapéutica continúa por una a cuatro semanas. Hasta la actualidad, el Decanoato de Flufenazina es la preparación fenotiazínica de acción más prolongada que se conoce.

Un medicamento con estas características y uso parenteral es una gran ayuda para el paciente y para las personas que tienen la responsabilidad de su cuidado; el medicamento reduce las alucinaciones, el delirio, la confusión y la apatía, y en grado menor la hostilidad y la agitación, el paciente se torna más cooperador, menos apático, mas sensible a situaciones sociales, lo que permite iniciar sesiones de psicoterapia y el menor uso de otras medidas no quimioterapéuticas como la convulsioterapia (electroshock).

Tanto en el medio hospitalario como en el hogar, las personas que tienen a su cargo su cuidado quedan libres de la necesidad de administrar diariamente medicamentos orales o parenteralmente a pacientes difíciles de tratar.

Para los pacientes no hospitalizados en quienes es más difícil la evaluación periódica y tomando en cuenta que un gran número de ellos residen en los departamentos del interior, al usar este tipo de droga, la medicación y mantenimiento se puede asegurar más fácilmente.

REACCIONES COLATERALES: En el sistema nervioso central, los efectos más frecuentes con el uso de ciertos derivados fenotiazínicos, lo constituyen los síntomas extrapiramidales, como temblor, rigidez, sialorrea, acatisia, distonía, diskinesia, espasmos, crisis oculogiras, etc.

Tales reacciones son generalmente reversibles, suspendiendo la medicación o haciendo uso de drogas antiparkinsonia-

nas. Sin embargo, puede aparecer un síndrome pseudoparkinsoniano persistente después de la administración prolongada de fenotiazínicos, tal síndrome se caracteriza por movimientos discinéticos rítmicos estereotipados particularmente de la cara, boca, lengua y maxilar inferior. Estos pueden ir acompañados de movimientos coreiformes de los miembros y parece ser irreversible en algunos pacientes. Este riesgo parece ser más frecuente en las mujeres de edad avanzada con lesión cerebral orgánica.

En el sistema nervioso autónomo, lo más frecuente es la hipotensión arterial, y aún más frecuente en pacientes con insuficiencia cerebral, vascular o renal, en insuficiencia mitral y en aquellos con feocromocitoma, lo que implica una contraindicación.

Otras reacciones autónomas que pueden presentarse son náuseas, vómitos, inapetencia, salivación, transpiración y constipación.

En el sistema endocrino y metabolismo aparecen cambios, tales como en el peso, edema periférico, lactancia anormal, ginecomastia, irregularidades menstruales, disminución de la libido en los hombres y aumento en las mujeres, y resultados falsos en pruebas de embarazo.

REACCIONES ALERGICAS: Manifestaciones cutáneas como eritema, urticaria, prurito, seborrea, dermatitis exfoliativa.

Aunque no es una característica general de los compuestos flufenazínicos puede ocurrir la potenciación de los depresores del sistema nervioso central, como analgésicos, antihistamínicos, barbitúricos, derivados opiáceos y alcohol.

Las inyecciones de Decanoato de Flufenazina son bien toleradas localmente y las reacciones en los tejidos son raras.

PRECAUCIONES: El Decanoato de flufenazina debe administrarse con precauciones en pacientes que tengan historia de haber padecido de ictericia colestática; si durante el tratamiento el paciente presenta trastornos hepáticos, el mismo debe discontinuarse.

En la esfera renal deben hacerse dosificaciones de nitrógeno de urea en sangre y si ésta es anormal, también debe discontinuarse el tratamiento.

Los exámenes hematológicos usuales son recomendables durante la terapia, pues en algunos casos se ha presentado discrasias sanguíneas incluyendo leucopenia, agranulocitosis, purpura trombocitopénica y no trombocitopénica, eosinofilia y pancitopenia; si ocurriera alguna ulceración de la boca, las encillas, la garganta u otros síntomas de infección del sistema respiratorio superior, la terapia debe discontinuarse e instituirse inmediatamente medidas apropiadas.

Los compuestos fenotiazínicos deben usarse con precaución en pacientes con historia de trastornos convulsivos, puesto que usadas en dosis mayores pueden provocar las convulsiones. En este caso se contrapone aumentando la dosis anticonvulsivante.

Se han reportado casos de reacciones anafilactoides, de tal manera que se debe ser precavido en aquellos pacientes con antecedentes de erupciones cutáneas u otras reacciones alérgicas a otros compuestos fenotiazínicos, por la posibilidad de hipersensibilidad cruzada.

CONTRAINDICACIONES: El Decanoato de Flufenazina está contraindicado en pacientes que reciben grandes dosis de hipnóticos, así como en estados comatosos o de depresión grave. Finalmente no debe usarse el medicamento en niños menores de doce años.

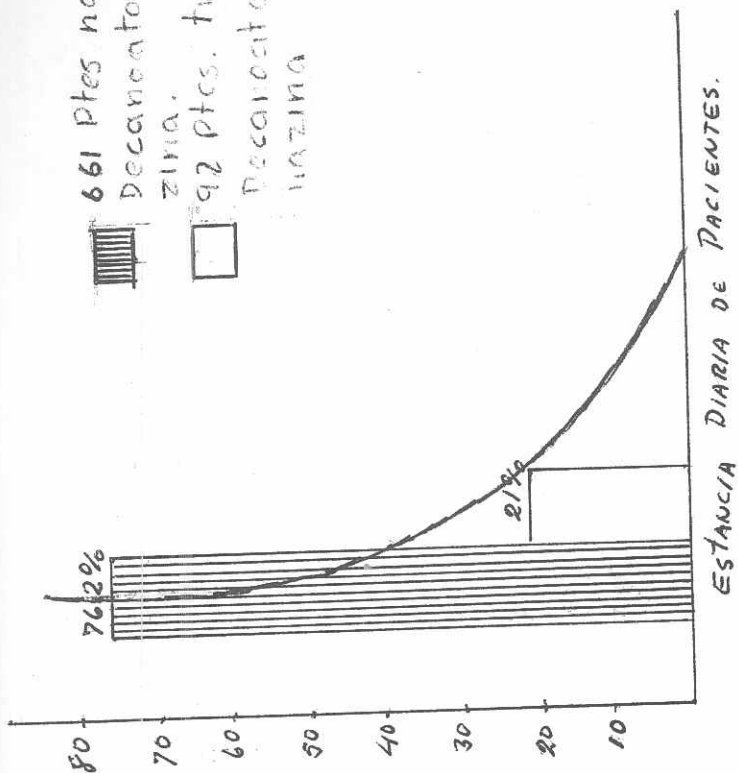
POSOLOGIA Y ADMINISTRACION: La dosis adecuadamente usada es de 25 mg. (1 ml.); la cantidad y la frecuencia de su administración debe de determinarse para cada paciente, ya que puede variar de acuerdo a las circunstancias clínicas, lo mismo que con la respuesta individual a la droga. En el Hospital Neuro-Psiquiátrico, se usan dos patrones diferentes en cuanto a la secuencia. En Intensivo de hombres, la administración es de 25 mg. intramuscular cada cinco días, al egresar el paciente, pasa a control ambulatorio en Consulta Externa en donde se le administran 25 mg. cada cuatro semanas. En Intensivo de mujeres, se administran 25 mg. diarios por cinco días, y luego 25 mg. cada ocho días, y al pasar a tratamiento ambulatorio, 25 mg. cada cuatro semanas. En ocasiones se hace asociación de dos fenotiazinas como tratamiento sedativo, tal la clorpromazina y/o el haloperidol, ésta última dosificada de acuerdo al estado de agitación del paciente.

Pacientes de H.N.P.
Años 1977, 78,79

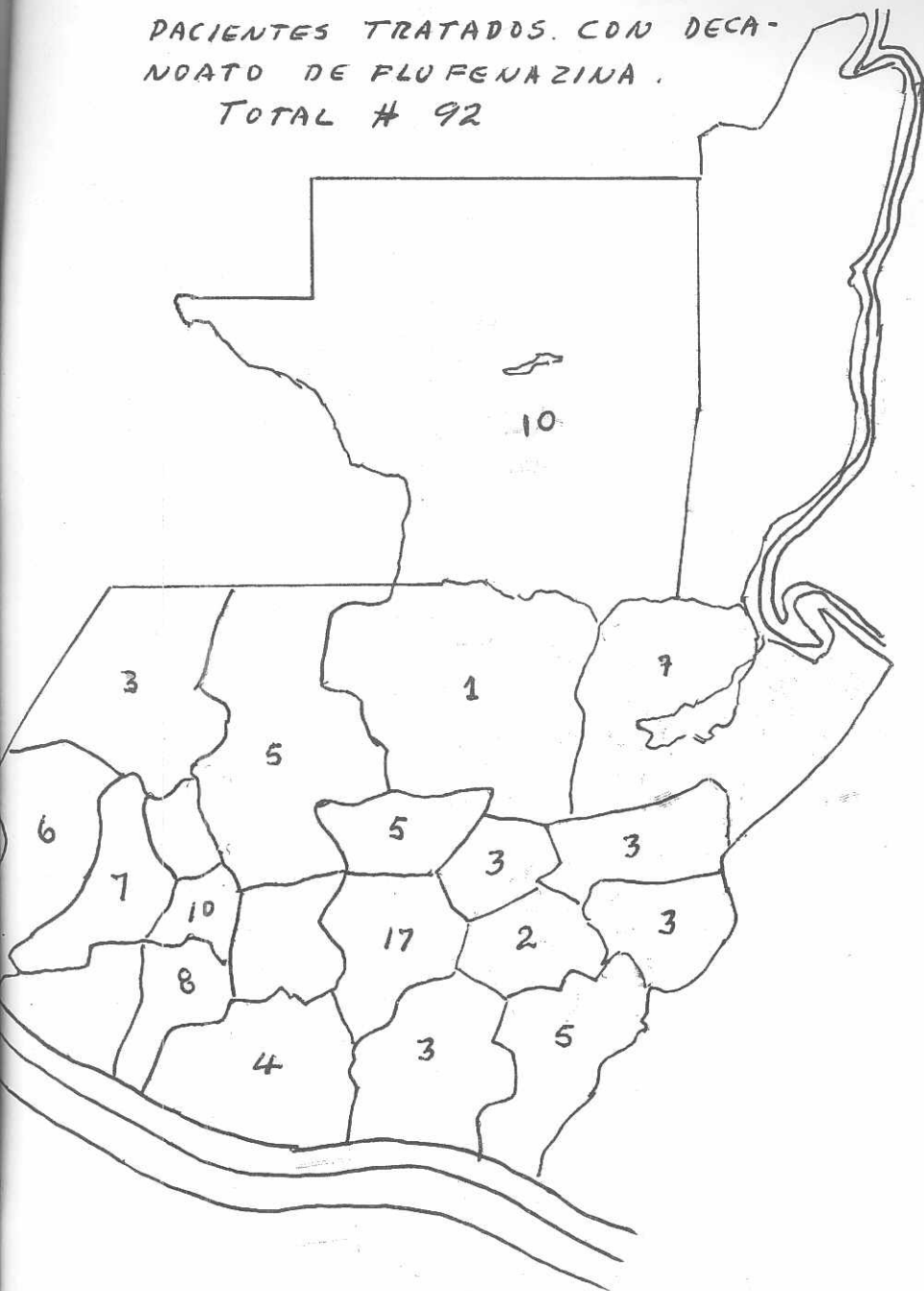
Gráficas Conteniendo Datos Estadísticos de los
Casos Revisados.

	Hombres:	Mujeres	Totales:
Población total de Pacientes:	483	270	753
Tratados con Decanoato de Flufenazina.	74 = 80.42%	18=19.56%	92
No tratados con Decanoato de F.	409= 61.8%	252=38.12%	661
Reacciones Extrapiramidales	22.78%	33.33%	24.09%
Edad Promedio	33.4 a	26 años	27.8 a.
Estancia Promedio Ptes. Trat. con D. F.	19.08 d.	28.72 d.	21 d.
Est. Prom. de Ptes. No Trat. con D.F.			76.38 d.

661 Ptes no tratados con
Decarato de Fluorena-
zina.
92 Ptes. tratados con
Decarato de Fluore-
nazina



LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS
PACIENTES TRATADOS CON DECA-
NOATO DE FLUFENAZINA.
TOTAL # 92



NUMERO Y LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES
TRATADOS CON DECANOATO DE FLUFENAZINA DURAN-
TE LOS AÑOS 1977, 1978 y 1979.

CAPITAL DE GUATEMALA	17	PACIENTES
PETEN	10	"
SUCHITEPEQUEZ	8	"
QUEZALTENANGO	7	"
IZABAL	7	"
SAN MARCOS	6	"
QUICHE	5	"
JUTIAPA	5	"
BAJA VERAPAZ	5	"
ESCUINTLA	4	"
EL PROGRESO	3	"
CHIQUIMULA	3	"
SANTA ROSA	3	"
HUEHUETENANGO	3	"
JALAPA	2	"
COBAN, A. V.	1	"
ZACAPA	1	"
SOLOLA	1	"
EL SALVADOR	1	"
TOTAL	92 PACIENTES	

CONCLUSIONES

1. Con el uso del Decanoato de Flufenazina se establece en menor tiempo una mejor relación interpersonal y en consecuencia la aceptación de psicoterapia.
2. Los riesgos de recaídas disminuyen por la seguridad que se tiene en la administración de la droga.
3. El período de hospitalización de pacientes tratados con psicofármacos de acción rápida es mayor que el de los tratados con el Decanoato de Flufenazina (de acción prolongada).
4. Con el uso de neurolépticos de acción prolongada se facilita el manejo de pacientes en forma ambulatoria, ya que por sus características de acción no son necesarias las evaluaciones a corto plazo.
5. En el medio hospitalario como en el hogar, las personas que tienen a su cargo su cuidado quedan libres de la necesidad de administrar diariamente medicamentos a pacientes que no colaboran.
6. La terapéutica con medicamentos de acción prolongada (Decanoato de Flufenazina) ha incidido en la disminución de pacientes internados en hospitales psiquiátricos, con la consecuente economía de atención y gastos administrativos.

RECOMENDACIONES

1. Hacer conciencia en la familia del paciente mental, la sociedad en general, de que no se le rechace, procurando buscar la ayuda profesional especializada para tratamiento.
2. Las Autoridades encargadas de programas de Salud Pública y diversas Asociaciones relacionadas con la higiene mental deberán valerse de todos los medios de difusión para hacer llegar a la sociedad un mensaje de concientización con el objeto de una mejor comprensión de lo que son las enfermedades mentales, tratando de ayudarles para que con la asistencia profesional se reincorporen a su grupo social.
3. Instituir grupos orientadores para evitar que el paciente sea sometido a tratamientos empíricos de carácter mágico-religioso, que puede llevarlo a la cronicidad.
4. Crear hogares temporales bajo condiciones de ambiente familiar y dirigidos por personal especializado para readaptar al paciente y reincorporarlo al medio social.
5. Hacer lo posible por establecer Unidades Psiquiátricas en los Hospitales regionales de la República, y de esta forma descongestionar el Hospital Neuro-Psiquiátrico de la Capital.
6. Crear Comunidades terapéuticas psiquiátricas para la curación definitiva de estos casos.

BIBLIOGRAFIA

1. Salomon, Philip-Patch, Vernon D.: MANUAL DE PSQUIATRIA, El Manual Moderno S.A., México D.F., 1972.
2. Ristich De Groote, Michele: LA LOCURA A TRAVES DE LOS SIGLOS, Editorial Bru guera, S.A., Barcelona, 1973.
3. Sluchevski, I. F.: PSQUIATRIA, Enciclopedia de Psicología, 3a. Edición en Español, Volumen 5, Editorial Grimalbo, México D.F., 1963.
4. Dorsch, Friedrich: DICCIONARIO DE PSICOLOGIA, Editorial Herder S.A., Barcelona, 1977.
5. Rowan Wilson, John: LA MENTE, Colección Científica Life, Editorial Offset Multicolor, México D.F., 1971.
6. Delay J., Deniker P., METHODES CHIMIOOTHERAPIQUES EN PSYCHIATRIE "LES NOUVEAUX MEDICAMENTS - PHYCHOTROPES". Masuon et Cle editeurs, París, 1961.
7. Llaveró Avilés, Francisco.- Conde López, Valentín: "TRATAMIENTOS MEDICO-PSQUIATRICOS", Editorial Publicaciones Liade 1970, Barcelona.

8. Literatura sobre el Decanoato de Flufenazina, propor-
cionada por la Casa SQUIBB
de Guatemala.