

**CONSUMO DE PSICOFARMACOS EN PERSONAS CON  
RETARDO MENTAL**

**Angela María Calle Misas**

**Zoraida Aidé Giraldo Ramírez**

**Martha Luz Moreno Ortiz**

**José Javier Roa Bermúdez**

**Trabajo de investigación para obtener el título de  
licenciado en Educación Infantil Especial**

**ASESORA  
LUZ ESTELLA IZASA MEZA**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

**FACULTAD DE EDUCACIÓN**

**MEDELLIN**

**1998**

## Tabla de contenido

### Pagina

Formulación del problema	2
Justificación	4
Objetivos	7
Marco teórico	8
Definición y concepción del retardo mental	8
Deficiencias asociadas al retardo mental	14
Deficiencias	15
Discapacidad	16
Minusvalía	17
Deficiencias que afectan el movimiento	18
Deficiencias neurológicas	19
Parálisis cerebral	20
Epilepsia	23
Déficit atencional	29
Deficiencias orgánicas	31
Deficiencias psíquicas relacionadas con trastornos	
Comportamentales	38
Trastorno del estado de ánimo	39
Trastorno del sueño	47
Trastorno de conducta	51
Esquizofrenia	54
Nociones básicas sobre el consumo de psicoactivos	58
Psicofármacos psicoactivos más comunes	60
Psicofármacos	67

Uso de psicofármacos en personas con retardo mental	69
Psicofármacos ansiolíticos	71
Psicofármacos antidepresivos	74
Psicofármacos antipsicóticos	76
Psicofármacos antiparkinsonianos	78
Psicofármacos anticonvulsionantes	80
Presentación y forma farmacéutica de los psicofármacos	81
Implicaciones generales ante el consumo de psicofármacos	86
Familia y uso de psicofármacos	87
El papel de la escuela	89
Implicaciones a largo plazo generadas por el consumo de psicofármacos	92
Metodología	97
Tipo de investigación	97
Población	98
Muestra	98
Variables de identificación	101
Variable principal: consumo de psicofármacos	103
Instrumentos	105
Análisis de resultados	109
Análisis de resultados de las variables de identificación	110
Análisis de la variable principal:	
Psicofármacos	115
Conocimiento que tienen los padres	130
Conocimiento que tienen los maestros sobre el consumo de psicofármacos	132

Interpretación de los resultados	135
Conclusiones	150
Recomendaciones	158
Referencias y bibliografía general	163
Anexo No 1 Entrevista	166
Anexo No 2 Entrevista para docentes	170

CUADRO No 1	Presentación y forma farmacéutica de los Psicofármacos	84
CUADRO No 2	Elementos muestrales	99
CUADRO No 3	Variables y criterios de medición	107
CUADRO No 4	Edad	110
CUADRO No 5	Sexo	110
CUADRO No 6	Nivel escolar	111
CUADRO No 7	Deficiencias asociadas	112
CUADRO No 8	Análisis de la variable principal	115
CUADRO No 9	Persona que medica	120
CUADRO No 10	Efectos terapéuticos	121
CUADRO No 11	Efectos de los psicofármacos según tiempo de consumo	122
CUADRO No 12	Efectos secundarios	123
CUADRO No 13	Cambios en el comportamiento	124
CUADRO No 14	Cambios en las funciones básicas del Aprendizaje	125
CUADRO No 15	Persona encargada del suministro de psicofármacos	126
CUADRO No 16	Instancias a través de la cual se recibe atención médica	127
CUADRO No 17	Costo mensual de los medicamentos a 1998	129
CUADRO No 18	Lugares donde se adquieren los psicofármacos	130
CUADRO No 19	Conocimiento que tiene los padres	131
CUADRO No 20	Consumo de Psicofármacos	132

CUADRO No 21	Diagnóstico, nombre de psicofármacos dosis y horario	133
CUADRO No 22	Efectos terapéuticos	134
CUADRO No 23	Efectos secundarios	134

GRAFICO No 1 Efectos inmediatos	122
GRAFICO No 2 Periodicidad en el control médico	128

**CONSUMO DE  
PSICOFARMACOS  
EN  
PERSONAS CON RETARDO  
MENTAL**



## **FORMULACION DEL PROBLEMA**

De todas aquellas dimensiones en las que se ha abordado la problemática del retardo mental es la dimensión sociológica y conductual una de las áreas que mayor complejidad reviste, debido a que estos procesos se encuentran afectados por una multiplicidad de factores entre los que podrían anotarse los de tipo biológico, social afectivo, neurológico y de desarrollo. En la medida en que estos factores sean desatendidos y poco diferenciados, las consecuencias sumadas a las características del retardo mental generan en estos sujetos estructuras de personalidad y de comportamiento que hacen sugerir atención y tratamiento especializados que en muchas ocasiones no alcanzan a diferenciarse y más aún definirse como características propias del retardo mental, características propias de otras deficiencias asociadas o como consecuencias de controles y tratamientos farmacológicos, aspecto sobre el cual aún hay mucho por indagar.

En la labor como docentes de una institución de educación especial, que trabaja con esta población (Corporación Habilitemos) se han encontrado entonces, un grupo de sujetos que además del retardo mental, presentan una serie de manifestaciones como las

consecuencias de otros trastornos asociados y debido a sus características conductuales y de comportamiento requieren del consumo o suministro de psicofármacos. Algunos de estos comportamientos observados, se inscriben en trastornos neurológicos y alteraciones de la personalidad, por lo tanto, partiendo de la observación de estos sujetos y la indagación así como la búsqueda permanente de información esta investigación se propone dar respuestas a los siguientes interrogantes:

- ¿Qué tipo de psicofármacos consume un grupo determinado de sujetos con retardo mental que a su vez presentan otros trastornos asociados?
- ¿Cuáles son los efectos inmediatos y secundarios que el consumo de estos psicofármacos puede desencadenar en esta población?
- ¿Qué nivel de conocimiento tiene la familia y los maestros de estos sujetos, en cuanto al manejo, control y suministro de psicofármacos

## JUSTIFICACION

Actualmente la Corporación Habilitemos, institución de Educación Especial de la ciudad de Medellín ofrece programas alternativos de educación y capacitación para niños y adultos con retardo mental moderado cuya población oscila entre los 60 y 65 alumnos, con edades promedio entre los 8 y 14 años en los niños y los 16 y 35 años en los jóvenes y adultos.

Se ha podido observar que estos alumnos, además de su retardo mental como problema de base, presentan otras deficiencias muy diversas, así: algunas relacionados con el daño o deterioro de los órganos y funciones que determinan el movimiento (deficiencias musculoesqueleticas); otros relacionados con el daño o deterioro de órganos vitales como el corazón, hígado, riñones, pulmones, etc. (enfermedades crónicas); los referidos a las alteraciones conductuales y comportamentales con un alto componente siquiatrico, como las neurosis, la depresión, la ansiedad, trastornos de personalidad, etc. (trastornos mentales); y las deficiencias por daño neurológico del sistema nervioso central cuyo grupo presenta una variedad de manifestaciones como: la epilepsia, déficit atencional con o sin hiperactividad, entre otros parálisis cerebral y algunos trastornos siquiatrico como la esquizofrenia (trastornos neurológicos) entre otros.

Se sabe que de todo este grupo de deficiencias que pueden encontrarse asociadas al retardo mental es posible diferenciar un grupo de ellas que demanda el consumo de medicamentos permanentes, situación que sugiere entonces indagarse desde el conocimiento que se tiene de ellos:

¿Cuáles son?, ¿Para qué sirven?, ¿Qué dosis se recomiendan?, ¿Cuáles de ellas producen efectos secundarios?, ¿Quién las receta?, ¿Quién hace el control y suministro?, Igualmente interrogantes relacionados todos con la información necesaria para manejar esta droga de control por parte de todas las personas involucradas directamente con la persona que la consume.

Por lo tanto, el abordar el retardo mental no se limita simplemente a una caracterización de una deficiencia, trasciende su estudio a una problemática más compleja en la que interactúan otros diagnósticos y por supuesto las implicaciones que de estos se genera como por ejemplo el control farmacológico en algunos casos.

Sin embargo, esta información no solo debe ser el objeto de estudio de los especialistas, por el contrario, por el contrario su acceso debe estar orientado al padre de familia responsable del sujeto y en especial al docente quien busca desde múltiples alternativas desarrollar el potencial y las habilidades que posee cada individuo, conociendo cuales son las implicaciones que conduce el consumo de los medicamentos orientará desde perspectivas más claras su trabajo pedagógico.

Es por ello que esta investigación más allá de identificar los principales lineamientos que compromete el consumo de psicofármacos, busca sensibilizar y mejorar las condiciones del conocimiento que se posee frente a dicha problemática, haciendo énfasis básicamente en las condiciones favorables que se desencadenan si se tiene un adecuado manejo, control y suministro de este tipo de medicamentos, mejorando por tanto la calidad de vida de estas personas.

**OBJETIVOS**

Identificar el psicofármaco que con mayor frecuencia consumen un grupo de sujetos con retardo mental, que presentan deficiencias asociadas, pertenecientes a la Corporación Habilitemos, institución de educación especial de la ciudad de Medellín.

Determinar los efectos inmediatos y secundarios generados por el consumo de psicofármacos, en sujetos con retardo mental, que presentan otros trastornos asociados.

Diagnosticar el conocimiento que poseen los padres de familia y maestros de La Corporación Habilitemos en cuanto al manejo, control y suministro de psicofármacos en ésta población.

## **MARCO TEORICO**

El trabajo pedagógico abordado en cualquiera de sus dimensiones con personas que presentan retardo mental y, a su vez otros trastornos asociados, debe fundamentarse desde perspectivas claras y concretas. Por ello es importante determinar el concepto y definición de retardo mental, su clasificación y la función de los apoyos propuestos para las personas con esta discapacidad haciendo énfasis en aquellos que se constituyan en un aporte a la clasificación de problema planteado, o sea el retardo mental y los trastornos asociados que demandan el consumo farmacológico no solo en su caracterización sino en sus implicaciones y conocimiento por parte de quienes las manejan.

## **DEFINICION Y CONCEPCION DEL RETARDO MENTAL**

En 1992, la Asociación Americana sobre Retardo Mental, define al Retardo Mental como:

“... Limitaciones substanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: Comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas, funcionales, tiempo libre y trabajo. El retardo mental debe manifestarse antes de los 18 años de edad” (. Schalock,1992).

Así, pues, para determinar si una persona tiene retardo mental y poder ajustarse dentro de los parámetros antes mencionados, se deben seguir los tres pasos siguientes:

- Diagnosticar el retardo mental
- Describir las capacidades y limitaciones del individuo
- Identificar los apoyos necesarios que requiere según sus características y potencialidades.

Recordemos que el retardo mental tiene diferentes etiología y puede ser considerado como la vía final común, de varios procesos patológicos que afectan directamente el funcionamiento del sistema nervioso central.

Por eso se debe tener muy claro que el retardo mental lo ocasiona un daño a nivel cerebral irreversible, por lo cual es necesario potenciar al máximo los procesos y funciones con que cuenta la persona. No olvidemos tampoco que anteriormente se definía y concebía el retardo mental desde perspectivas cuantificadoras (Test de inteligencia) y, aun cuando se siguen utilizando, la tendencia actual es a concebir y definir tal discapacidad desde aspectos y conceptos más cualificadores como el reconocer las potencialidades y capacidades, optimizando el carácter de las posibilidades. Para ello la A.A.M.R. fundamento la definición sobre retardo mental a la consideración desde aspectos como:

- El retardo mental necesita definirse en un contexto social.
- Generalmente con apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento de la persona con retardo mental experimentara mejoras.

- Las practicas de los servicios de rehabilitación se basan en las capacidades, limitaciones y necesidades de apoyos de la persona.

Este viraje en la concepción de lo que es y significa retardo mental implica que a la persona se le deba reconocer como única realidad “en y desde” donde se manifiesta el retardo mental, además del contexto social factor determinante en la calidad de vida funcional e interactiva de la persona que presenta la discapacidad. Para fortalecer esta visión Schalock, (1992), propone visualizar los sistemas de apoyo, como la alternativa para que el funcionamiento de la persona con retardo mental mejorare si se le ofrecen los justos y apropiados apoyos durante un periodo continuado. Igualmente plantea que los apoyos aumentan la independencia personal, la productividad, la integración en la comunidad, así como la misma ayuda que se brinda a las personas con discapacidad.

Para la ejecución de los sistemas de apoyo se cuenta con: “ recursos de apoyo (individuales, otras personas, tecnológicos y otros servicios), las funciones de apoyo (incluyen la enseñanza, protección, planificación económica, apoyo conductual, ayuda en el hogar, acceso y utilización de la comunidad y de la escuela y, asistencia medica) y, las intensidades de apoyos requeridos...

Como ya no se deposita completamente la confianza en el C.I. para diagnosticar y abordar el retardo mental, sino que se parte es de niveles de funcionalidad, el nuevo cambio de paradigma promueve cuatro niveles posibles en la intensidad de apoyos:

Intermitente, limitado, extenso, generalizado.

Ahora bien, cuando se pretende delimitar cuál es la intensidad de apoyo que la persona requiere, se debe analizar detalladamente cuáles son las demandas ambientales, así, como qué apoyos requiere la persona concretamente. Además, el sistema de apoyos hace énfasis en que el funcionamiento del retardo mental está relacionado específicamente con limitaciones en la inteligencia y en habilidades adaptativas, lo que implica, tener en cuenta que la inteligencia ya no se considera como un único constructo abstracto sino como la capacidad de resolver y enfrentar situaciones nuevas.

Ese cambio de concepción de inteligencia no como la cantidad de C.I., sino como las capacidades mentales específicas vivenciales que están en directa proporción con las posibilidades adaptativas que el medio le brinde a la persona; ha llevado a tomar el modelo tripartito de la inteligencia, que en 1920 Thorndike describiera como inteligencia en aspectos sociales, prácticos y conceptuales.

Un trabajo reciente de varios estudiosos del tema, propuesto por Thorndike desde 1920, apunta a describir este modelo tripartito de la inteligencia así:

La inteligencia social hace referencia al desenvolvimiento que la persona tenga tanto en las relaciones humanas, como a las destrezas apropiadas en el compartir con el otro. La inteligencia practica se refiere a competencias de la vida diaria, así como a la adaptabilidad del entorno nuevo y conocido y, la inteligencia académica se concibe en términos de C.I. y de desempeño escolar. Es así como el sistema de apoyos concibe a la inteligencia de manera más amplia, retomando este modelo tripartito y haciendo el énfasis en el comportamiento adaptativo de la persona.

Esa capacidad adaptativa se refiere entonces a la forma en que las personas afrontan las exigencias de la vida (lo cotidiano), cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables, de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural y ubicación comunitaria particulares. La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen las características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales igualmente la capacidad adaptativa puede estar limitada por diferentes trastornos del desarrollo, los que se manifiestan en insuficiencia de aptitudes frente a las exigencias de su edad y de su medio social. Esta insuficiencia de aptitudes se revierte en la adaptación o inadaptación de la persona frente al medio en que vive.

## **DEFICIENCIAS ASOCIADAS AL RETARDO MENTAL**

El concepto de trastorno del desarrollo coincide con el de retardo mental, si consideramos como característica específica de éste, el originarse durante el período de desarrollo.

Las alteraciones pueden ser globales o parciales, producir una alteración de determinado esquema motriz o provocar modalidades patológicas de conducta, pero, en cualquier caso, la causa radica en un trastorno madurativo, orgánico, cultural, familiar, educativo, o de adaptación social. (Mardomingo y otros, 1983).

Teniendo claro el principio, de que el retardo mental se debe a un daño a nivel cerebral de carácter irreversible que afecta directamente el funcionamiento de uno o más de los procesos básicos de la persona, encontramos asociada a esta condición la evolución de algunas deficiencias en diversos niveles que complejizan cada vez más las dimensiones mismas de este desarrollo.

Existen diversas clasificaciones que agrupan desde ópticas diferentes la gama de trastornos del desarrollo (entre los que está el retardo mental), basados algunos en su origen etiológico, o bien caracterizados según el área de desarrollo que involucren y para la cual se hace necesario entrar a clasificar otros conceptos.

### **Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía**

Estos conceptos han sido definidos en 1983 y redefinidos en 1992 por la D.M.S. y las adaptaciones lingüísticas pertinentes a la lengua española y especificadas por Verdugo (1995) como sigue:

#### **DEFICIENCIA**

Se refiere a aquella pérdida o anomalía de una estructura o función fisiológica o anatómica caracterizada por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes ante las que se incluyen la aparición de anomalías, déficit o pérdidas producidas en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos además los sistemas propios de la función mental. Una deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico reflejando en principio las perturbaciones a nivel orgánico.

Entre las deficiencias se ubican las intelectuales, psicológicas, de lenguaje, del órgano de la audición, de la visión, viscerales, de los músculos, esqueléticos, las desfigurativas, generalizadas, sensitivas

**DISCAPACIDAD**

Se refiere a toda restricción o ausencia debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad considerada normal para un ser humano, caracterizada por excesos, disfunciones, insuficiencias en el desempeño y comportamientos en una actividad rutinaria normal que puede ser de tipo temporal o permanente, reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos, determinados entonces, por la forma en que el individuo ejecute tales actividades.

Puede surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como respuesta del propio individuo especialmente de tipo psicológico frente a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo; representando por tanto la objetivación de una deficiencia y en cuanto a tal, reflejando las alteraciones a nivel de la personalidad. Entre las categorías de las discapacidades se ubican a nivel de: Conducta, comunicación, cuidado personal, locomoción, vida cotidiana, alteraciones de las formas apropiadas del comportamiento personal como control de esfínteres, alimentarse con autonomía y caminar, entre otras.

## **MINUSVALIA**

Se refiere a aquella situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia y una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, de acuerdo con su status o grupo social.

Refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales derivadas de la presencia de una deficiencia y una discapacidad.

Surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas o normas, que genera entorpecimientos en la capacidad de mantener lo que podría designarse como roles de supervivencia.

Entre las categorías de minusvalía, se encuentran por ejemplo, las relacionadas con la orientación, independencia física, movilidad, nivel ocupacional, integración social, y autosuficiencia económica.

A continuación se describirán algunas deficiencias que hacen parte de la clasificación determinada por el INSERSO (1986) y que plantea esquemáticamente por Verdugo 1995 como trastornos asociados al retardo mental y que requieren además de tratamientos farmacológicos constantes, objeto que merece trabajarse más ampliamente, ubicando así, conceptualizaciones básicas de esta investigación.

## **DEFICIENCIAS QUE AFECTAN EL MOVIMIENTO**

Las deficiencias que afectan el movimiento son aquellas relacionadas con

el daño o lesión de los órganos que lo comprometen así:

- A nivel de cerebro, la parálisis cerebral,
- A nivel de médula espinal, las parapléjicas, displejias, triplejias y cuadriplejias.
- A nivel músculo esquelético, se presenta por daño o malformación, la escoliosis, pie zambo, espina bífida y las luxaciones de cadera y hombro.
- A nivel de articulaciones, presentándose las limitaciones de la movilidad.

Los trastornos y deficiencias a este nivel, surgen como resultado de condiciones desfavorables, originadas por causas como: afecciones congénitas, herencia y/o malformaciones o bien por enfermedades como tuberculosis del hueso, osteomielitis y poliomielitis perturbando directamente el funcionamiento de los sistemas orgánicos que compromete el movimiento del cuerpo como tal y/o de los distintos segmentos corporales.

El tratamiento para dichos trastornos está basado tanto en programas de rehabilitación, como en el desarrollo de potencialidades y alternativas que mejoran la calidad de vida de estas personas, mediante programas psicopedagógicos apropiados a sus necesidades.

Aunque las deficiencias se asocian en buena proporción con el retardo mental no demandan frecuentemente, debido generalmente a que no hay órganos vitales comprometidos. Solo en los casos de daño neurológico podría demandarse este tratamiento.

### **DEFICIENCIAS NEUROLOGICAS**

Son aquellas deficiencias ocasionadas por daños o lesiones en el sistema nervioso central, cuyo grupo presenta una gran variedad de manifestaciones entre las que se encuentran trastornos como parálisis cerebral, la epilepsia, el déficit atencional con o sin hiperactividad y algunos trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia.

## LA PARALISIS CEREBRAL

Surge como una consecuencia de una lesión, que afecta directamente el cerebro durante su desarrollo.

Según el lugar afectado y la gravedad de la lesión cerebral se observan diversos trastornos, caracterizados básicamente por su perturbación en el movimiento, que afectan generalmente todo el cuerpo o bien en algunos casos afecta sólo algún miembro específico, como brazos, piernas, y dependiendo de estos se clasifican en:

Monoplejía: Cuando está afectada una extremidad sea superior o inferior.

Hemiplejía: Cuando se afecta un lado del cuerpo.

Paraplejía: Si están afectadas las dos piernas.

Diplejía: Cuando están afectados los miembros superiores.

Tropelía: Si están afectados tres miembros.

Cuadriplejía: Si están afectados las dos piernas y los dos brazos.

Igualmente, la parálisis Cerebral se clasifica de acuerdo con la ubicación de la lesión cerebral, así:

Espásticos: La lesión ocurre en la corteza cerebral y se refiere a un aumento exagerado de la tensión de los músculos caracterizado por rigidez y tensión muscular. Su grado de afección depende de la localización y la intensidad del daño.

Atetósicos: La lesión se localiza a nivel de ganglios basales su principal característica es la presencia de movimientos involuntarios de carácter hipertónico, lento y ondulante. El tono muscular cambia rápida y constantemente de estar flojo o estar tieso y viceversa. Se pueden apreciar movimientos de rotación y en espiral, sobre todo de las manos, que solamente cesan durante el sueño. Todos los movimientos asociados están exagerados y la mímica facial queda desfigurada por las muecas.

El acto de la deglución está alterado. Atáxico: La lesión se localiza a nivel del cerebro su característica es la disminución del tono muscular manifestando como flexibilidad o debilidad muscular al realizar un movimiento, y en consecuencia los problemas de equilibrio.

Como la lesión está generada por una afección cerebral es frecuente encontrar alteradas otras funciones presentando trastornos:

De lenguaje, auditivos, visión, epilepsia: Laque produce convulsiones sobre todo en los espásticos y muy especialmente entre los hemipléjicos, trastornos del comportamiento, de la percepción, retardo mental, el cual varía de acuerdo con la gravedad de la lesión cerebral.

En el tratamiento de la parálisis cerebral, es frecuente la utilización de diferentes alternativas terapéuticas como la:

Kinesioterapia (Fisioterapia)

Aparatos ortopédicos Operaciones ortopédicas Operaciones del cerebro

También se encuentran los tratamientos farmacológicos utilizados en el control de otros trastornos no asociados con la parálisis cerebral, como en el caso de la epilepsia (cuyos medicamentos más comunes son: carbamazepina, fenobarbital)

Parte de los trastornos emocionales como consecuencia de la parálisis para estados de excitación, inestabilidad psicomotriz, hiperactividad con o sin déficit de atención, se recomiendan medicamentos como la Ritalina.

Tanto para los casos de epilepsia como para los déficits de atención las drogas de consumo serán desarrolladas en estas deficiencias.

La lesión cerebral puede aparecer durante el embarazo, con mayor frecuencia en el momento del nacimiento y en un número muy reducido, durante la primera infancia. Aunque persiste toda la vida, ya que las células cerebrales no pueden ser sustituidas, es posible la intervención mediante medidas terapéuticas, con mejores resultados cuando se trata en edades tempranas. La parálisis cerebral puede evolucionar desfavorablemente si por el contrario no es tratada.

## **EPILEPSIA**

Epilepsia nombre que se da a distintos procesos neurológicos, muy diversos por su naturaleza, causalidad y síntomas caracterizados por la descarga total o parcial de diversas zonas del encéfalo.

Las epilepsias tienen en común dos cualidades:

- Su presentación paroxística: crisis o ataques bruscos en los que el paciente pierde el sentido y la acción durante un lapso de tiempo.
- La repetición constante de estos ataques.

Tales procesos, fueren cual fuere su causa manifiestan una alteración del ritmo cerebral; en cualquier punto del cerebro, el que normalmente tiene una actividad eléctrica propia en donde se originan bruscamente descargas sincrónicas, paroxísticas y extensivas de ritmos de excitación anormales.

### **Causas de la Epilepsia**

En la epilepsia se ha identificado en nuestro país, según el grupo investigativo de la Liga Antioqueña contra la Epilepsia (1992) algunos factores de riesgo, es decir aquellos eventos que predisponen la aparición de dicha enfermedad como:

Herencia: Se ha demostrado que el factor genético es uno de los principales factores de riesgo para sufrir la epilepsia. Los hijos de padres con epilepsia tienen un riesgo hasta de 7.6 veces de desarrollar dicha enfermedad.

Las causas en el 30% de los casos pueden ser por: Traumatismo de cráneo, una malformación congénita del encéfalo, falta de oxígeno durante el nacimiento, un tumor encefálico, un accidente cerebro - vascular, una hemorragia cerebral, alcoholismo, o algún otro factor conocido como las secuelas de la encefalitis o la meningitis.

En el 70% restante se da la epilepsia en forma idopática o desconocida. Se presume que se trata de cambios químicos más difusos en el encéfalo. Una adecuada evaluación médica es fundamental para un diagnóstico correcto de la enfermedad; para ella se utiliza: El electroencefalograma (E.E.G.), la escanografía cerebral y la resonancia magnética nuclear (R.M.N.)

Para entender y tratar la epilepsia, los científicos la han clasificado en 3 grandes ramas: Crisis generalizadas, crisis parciales y no clasificadas.

- Crisis Generalizadas: Son las crisis o episodios más conocidos por la gente y que suelen llamar “ataques”. Estas crisis como su nombre lo indica, son las que afectan todo el funcionamiento del cerebro y por ende del cuerpo.
- La persona suele perder el conocimiento en casi todas estas crisis, con caída al suelo unas veces sin movimiento de ninguna extremidad, (crisis generalizadas atónicas) acompañado de salivación excesiva, mordedura o no de la lengua, coloración morada de los labios o las extremidades e incluso salida de orina o defecación en forma involuntaria.

- Se pueden presentar igualmente crisis generalizadas tónicas: Cuando hay estiramiento de la cabeza y extremidades sin movimiento. Otras veces hay movimiento sin estiramiento de las extremidades y se clasifica como una crisis generalizada clónica. Pero cuando hay combinación de las crisis mencionadas, es decir con estiramiento y con movimientos se les llama crisis generalizadas tonico-clonicas.

Las crisis mencionadas suelen durar unos pocos minutos; pero a veces duran más de 30 minutos, convirtiéndose en estado de extrema urgencia.

Posteriormente a cada uno de los episodios mencionados existe un estado de confusión, letargo o aperezamiento, con dolor de cabeza y de las extremidades, con náuseas, vómito. Lo que puede durar desde algunos minutos a varias horas, llamado estado POST-ICTAL.

- **AUSENCIAS:** Es otro tipo de crisis generalizadas que se caracterizan porque la persona se queda con la mirada fija, deja lo que está haciendo o diciendo, algunas veces hace acciones de chupeteo con los labios o solamente mueve los dedos de la mano, con un ligero parpadeo, para luego seguir en la acción que venía realizando.

- El enfermo no se da cuenta de lo que acaba de suceder; pero es el acompañante el que se percata de lo sucedido.
- MIOCLONIAS: Son otro tipo de crisis generalizadas que consiste en que la persona tiene sacudidas involuntarias de partes del cuerpo, de la mano, la cabeza, ambos pies. So bruscas y la persona suelta lo que tiene en la mano, otras veces cae al suelo sin perder el conocimiento y se repone de manera inmediata. No presenta además periodo Post-ictal, puesto que no hay pérdida de conocimiento.
- CRISIS FOCALES O PARCIALES: Es la segunda forma de clasificación de la epilepsia, durante este tipo de crisis, solo se afecta una parte de la función cerebral, en las que no hay pérdida del conocimiento. Dependiendo del área cerebral afectada serán los síntomas presentando:
  - Crisis parciales motora: Se afecta el movimiento en extremidades o los músculos incluyendo la cara, la cabeza, el cuello.
  - Crisis parciales sensitiva: Se manifiesta mediante sensaciones percibidas solo por el paciente: Frialdad, calor, hormigueo o calambre en una zona muy bien definida.

Crisis parciales somatosensoriales: Pueden ser con síntomas visuales (luces) olores no identificables, sabores desagradables, sensación de movimiento giratorio que solo es percibido por el paciente.

Con síntomas psíquicos: Raramente ocurren sin pérdida de conciencia, y su manifestación principal es la alteración del lenguaje. Suele ser tan complejo como las alteraciones leves de conciencia: estados de ensoñación, ilusiones, distorsión del sentido del tiempo entre otras.

Crisis parciales complejas: En las que se puede presentar pérdida de conciencia sin caerse al suelo, pérdida del control de esfínteres y con síntomas del estado post-ictal. Duran mucho más que las ausencias.

• **CRISIS NO CLASIFICADAS:** Son una serie de crisis en las cuales las características descritas no son bien identificables, son más frecuentes en niños y requieren del estudio cuidadoso del especialista (Neurólogo)

### **TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA:**

El tratamiento del paciente que sufre epilepsia es integral, para lograr su bienestar se hace necesario la participación de un grupo multidisciplinario (Neurólogo, psicólogo, psiquiatras...) brindando un apoyo especializado para procurar un desenvolvimiento eficaz en su entorno social.

Desde el punto de vista médico se utilizan diversos fármacos para el control de las crisis. El medicamento ideal sería aquel capaz de curar definitivamente al paciente, lo que difícilmente se logra, y es solo en algunos casos en que el tratamiento se hace prolongado.

Los fármacos más utilizados para el control de las crisis convulsivas son: Fenobarbital, carbamazepina, ácido valproico (depaquenevalcote leptilan)

### **DEFICIT ATENCIONAL:**

El déficit atencional es un trastorno común, el cual se ha diagnosticado como desatención, hiperactividad e impulsividad, que pueden estar acompañado por problemas específicos del aprendizaje, aunque se posea una inteligencia "normal", alteraciones de conducta, déficit perceptuales, motores y de coordinación, inestabilidad emocional, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y especialmente fracaso escolar.

La desatención consiste en la poca capacidad de concentración (en un solo objeto o actividad).

La hiperactividad se refiere precisamente a la dificultad en la inhibición motora ante situaciones determinadas. Se describe como la dificultad para permanecer sentados, manifestando conductas contrarias como saltar, correr, hablar y coger objetos sin objetivos determinados.

Son impulsivos porque actúan sin pensar ni considerar alternativas en su continuo cambio de actividades, presentando dificultad para organizar tareas. Se caracterizan además por sus comentarios incoherentes y descontextualizados, no hay seguimiento de instrucciones, no memorizan, ni hay discriminación auditiva, olvidando con gran facilidad lo que aprenden. Este trastorno tiene origen a partir de un daño cerebral mínimo (disfunción cerebral mínima) cuyas causas se ubican teniendo en cuenta los diversos factores de alto riesgo (traumas craneanos etc.) que generan específicamente inmadurez a nivel de cerebro.

Una farmacoterapia instaurada oportunamente puede ahorrarle un sin número de tropiezos, al facilitarle su adaptación académica y social.

Cuando este tipo de tratamiento se da continuamente durante varios meses se puede acelerar un poco la maduración global de los niños; en general los síntomas disminuyen marcadamente alrededor de los 14 o 15 años de edad. Sin embargo existe alguna relación reportada entre hiperactividad y desatención con ulteriores manifestaciones de desajuste social, conductual y sexual, así como de mayor índice de problemas con la justicia.

Los fármacos más utilizados para este tipo de tratamiento son: D-anfetamina (Dexedrina), Metilfenidato (Ritalina), Pemolina de magnesio (Cylert), Imipramina, Disipramina.

Los antidepresivos se usan cuando no hay respuesta a los psicoestimulantes o cuando coexiste depresión o ansiedad.

Se utiliza además tratamiento psicológico, como complemento del tratamiento farmacológico, incluyendo psicoterapias, educación remedial y terapia familiar.

## **DEFICIENCIAS ORGANICOS**

Son aquellos relacionados con el daño o deterioro de órganos vitales como: corazón, hígado, riñones, pulmones, etc., desencadenando enfermedades de tipo crónico.

Son muchas las enfermedades crónicas que se asocian al retardo mental, pero las de mayor incidencia son:

Enfermedades que producen síntomas cardio respiratorias entre ellas se encuentran:

**CARDIOPATIAS CONGENITAS:** En este grupo se incluye una serie de deformidades del corazón que están ya presentes al nacer. Suelen dar síntomas precozmente como dificultad respiratoria, y disnea de la coloración.

**TUBERCULOSIS PULMONAR:** Es una enfermedad bacteriana. La bacteria (*Mycobacterium Tuberculosis*) puede inhalarse si procede de enfermos con neumonía tuberculosa, o bien, se ingiere en la leche infectada. En los pulmones, el microorganismo provoca una pequeña reacción neumónica que cura rápidamente y a menudo no da síntomas, si la persona está sana y su inmunidad es normal. En caso contrario la neumonía se extiende apareciendo tos con esputo manchado de sangre y a veces disnea. El microorganismo activo se expulsa hacia el aire con la tos y puede ser inhalado por otros individuos. Este tipo de diseminación es frecuente en zonas de malnutrición y deficientes condiciones de vivienda.

La infección activa se diagnostica mediante la identificación del bacilo en el esputo de una biopsia hepática.

Los fármacos utilizados contra la tuberculosis son muy eficaces, pero deben tomarse al menos durante nueve meses y, en ocasiones hasta 18 meses. Los más utilizados son la isoniazida, la rifampicina, el estambutol, la estreptomina y el ácido aminosalicílico

**MUCOVISCIDOSIS:** Es una enfermedad hereditaria que se presenta en niños y adolescentes. Es un defecto del funcionamiento de las glándulas exocrinas que hacen que sus productos de secreción se comporten anormalmente, se coagulan obstruyendo los canalillos de salida; los síntomas son: afección pulmonar crónica, deficiencia pancreática e incrementos de sudoración. Suele producir problemas digestivos por el mal funcionamiento del hígado y del páncreas, por lo cual requiere una dieta especial baja en grasas y rica en proteínas y calorías. Esta dieta suele ir acompañada de medicación digestiva que le permita mejorar el funcionamiento digestivo. Debido a la pérdida de sal por la excesiva sudoración suele suministrarse de dos a cuatro gramos de Cloruro de Sodio. El principal problema viene del aparato respiratorio y este a su vez, puede presentar anoxia y disnea.

EL ASMA: Es una enfermedad caracterizada por una exagerada respuesta de los bronquios a estímulos diversos, lo cual produce un estrechamiento de estos conductos; varía de acuerdo con el tratamiento y a las circunstancias ambientales.

El estrechamiento temporal de la vía aérea (bronquios), producido fundamentalmente por la contracción de los músculos que rodean su pared, entran en espasmo. Además, la inflamación de la pared bronquial provoca que las células se hinchen y aumenten la producción de esputo, todo lo cual contribuye a estrechar aún más, la vía aérea. Los pulmones propiamente dichos no se afectan al principio, pero en caso de que el asma persista pueden lesionarse secundariamente.

El niño asmático debe seguir un programa de rehabilitación respiratoria, se le debe administrar eventualmente aerosoles, posiciones de drenajes, con los que se pretende conseguir una buena respiración diafragmática, fortalecer los músculos que intervienen en la respiración, corregir anomalías de posición de los hombros, enseñar a toser y favorecer una relajación física y mental. Los ataques se reconocen por el clásico jadeo ronco al respirar, siendo la respiración muy corta.

Con frecuencia estos enfermos se sientan en una silla y colocan los brazos en una mesa frente a ellos, para ayudarse a respirar.

Existen multitud de inhalantes y tabletas, tanto para tratar los ataques agudos como para efectuar tratamientos preventivos prolongados.

El tratamiento del asma constituye una técnica muy exacta. La combinación de salbutamol, cromoglicato de sodio y bclometazona, es capaz de conseguir que una gran mayoría de los asmáticos se encuentre casi completamente libre de síntomas.

Si el ataque es grave o no responde con rapidez a la inhalación (o a los esteroides orales en los enfermos con experiencia en su uso) debe buscarse ayuda médica, sobre todo en el caso de los niños.

**ENFERMEDADES DE LA SANGRE:** Se caracteriza por una destrucción masiva de glóbulos rojos (enfermedades hemolíticas), por anomalías en número y calidad de los glóbulos blancos (distintos grupos de la leucemia, y quizá la enfermedad de Hodgkin), su más relevante característica es la presencia de hemorragias.

**ENFERMEDADES HEMOLITICAS:** Comprende las enfermedades de ausencia de células falciformes y de Talasemia.

La primera puede presentar episodios críticos con dolores en los miembros y en el abdomen. Son enfermos delicados con anemia y frecuentes infecciones, presentan crisis a nivel de deshidratación, acidosis, baja de tensión de oxígeno y bajas temperaturas. La talasemia es una enfermedad aún más grave que necesita frecuentes transfusiones.

**ENFERMEDADES DE LOS GLOBULOS BLANCOS:** Se

incluye la Leucemia y la enfermedad de Hodgkin, se requiere de un tratamiento con radiaciones.

**LA HEMOFILIA:** De las enfermedades hemorrágicas ésta es quizás la más importante, porque presenta factores de la coagulación.

El niño hemolítico no sangra espontáneamente aunque hay traumas muy leves que pueden producir hemorragias. No siempre estos pacientes sangran al exterior, solo ocurre cuando se producen heridas en la piel o en mucosas cercanas a la piel (boca, nariz, ano, etc.). También puede sangrar el aparato digestivo y la sangre salir al exterior tardíamente en una forma negruzca que pueden hacerla irreconocible a personas no experimentadas.

## **DEFICIENCIAS PSIQUICAS RELACIONADAS CON TRASTORNOS**

### **COMPORTAMENTALES:**

• LAS DEFICIENCIAS PSIQUICAS: Se refieren directamente a aquellas alteraciones que a nivel conductual y comportamental perturban la vida cotidiana de un sujeto.

En la última década ha progresado notoriamente la concepción de los desórdenes psiquiátricos en personas con retardo mental; partiendo en primera instancia de la diferenciación y caracterización que implica cada uno de ellos Steven (1994) afirma que las personas con retardo mental son altamente vulnerables al desarrollo de problemas psiquiátricos, generados por los diversos trastornos asociados a su problemática; los cuales afectan directamente las habilidades sociales del individuo, siendo ésta la principal dimensión que abarca el desorden mental.

Las actividades sociales implican la interrelación del individuo con el medio; y es a partir de dicha interrelación que se marcan algunas pautas de comportamiento comunes a un grupo determinado, que conforman los lineamientos de lo que se considera normal.

Un comportamiento “anormal” o patológico surge entonces cuando el individuo por diversas razones se aleja de tales lineamientos, presentando conductas

diferentes, contrarias y complejas de carácter transitorio o permanente, cuyo compromiso es ubicado como desorden mental.

En las personas con retardo mental inciden frecuentemente conductas que dificultan la actividad social, lo cual desencadena numerosas situaciones consideradas sintomáticas puesto que alteran su comportamiento.

Este tipo de deficiencias conforma un amplio grupo, pero los que se presentan con mayor frecuencia en las personas con retardo mental son:

Los trastornos del estado de ánimo, la esquizofrenia, la hiperactividad y la autoagresión, la ansiedad en estas personas es frecuente, como consecuencia de la dificultad para adaptarse a las exigencias sociales.

### **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO**

Vélez, Hernán (1996) considera que los trastornos del estado de ánimo en las personas “normales” y aún en las personas con retardo mental están desencadenados por múltiples situaciones que de carácter esporádico y/o recurrente implican comportamientos patológicos. En este grupo podemos ubicar:

## LA DEPRESIÓN:

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos, caracterizados por una notable disminución del disfrute, apatía, y pérdida del interés por las actividades cotidianas, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e incluso ideación suicida; a menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados.

La depresión mayor (o de máxima gravedad) puede iniciarse a cualquier edad, la cual se origina por diversas situaciones a nivel psicosocial.

Según la OMS, existen factores como: Aumento de enfermedades crónicas (cardiovasculares, cerebrovasculares y neurológicas).

El exagerado consumo de ciertos medicamentos como los tranquilizantes y antihipertensivos que pueden producir depresiones secundarias.

Desde el punto de vista psicosocial, se presentan factores precipitantes a la depresión ya sea de carácter positivo como: el divorcio, la muerte de parientes cercanos, siendo estos los que generalmente anteceden a una depresión.

La depresión además puede aparecer como efecto secundario tras el consumo continuo de ciertos medicamentos.

Steven (1994) y sus colaboradores han manifestado que la depresión en personas con retardo mental, se asocia frecuentemente con los bajos niveles de apoyo social y las pobres habilidades sociales que estas personas alcanzan a desarrollar.

Diversas investigaciones han encontrado que las personas con retardo mental que caen en estados depresivos no eran quienes necesariamente se enfrentaban a las adversidades de la vida, como se mencionó anteriormente, sino que eran ellos quienes se encontraban aislados y solos, sin ningún apoyo en esas complejas situaciones.

El diagnóstico de este trastorno abarca el análisis de toda aquella historia tanto clínica como emocional del sujeto, teniendo en cuenta las condiciones que de un modo directo o indirecto están ocasionando un cuadro depresivo.

Para el tratamiento de la depresión es el psiquiatra quien en primera instancia está capacitado para determinar el curso a seguir; en este comúnmente se suele recurrir a:

Eliminar la enfermedad orgánica o el consumo de medicamento, cuando la depresión contiene esta causa como efecto secundario. La mayoría de las depresiones pueden ser tratadas ambulatoriamente con psicofármacos y psicoterapia. Sin embargo en casos extremos cuando la depresión adquiere alto riesgo suicida, o bien cuando se presenta relaciones interpersonales muy hostiles destructiva, se requiere de hospitalización y de terapia electroconvulsiva.

Los antidepresivos más frecuentes son:

Imipranina (tofranil), amitriptilina (triptanos), y la fluoxetina (prozac) para minimizar el insomnio.

**LA ANSIEDAD:**

En términos generales surge como una consecuencia normal ante las dificultades y problemas a los que cotidianamente se enfrentan todas las personas, teniendo en cuenta que en algunos casos su manifestación tiende a desarrollarse de un modo patológico. En las personas con retardo mental, la ansiedad obedece con gran frecuencia ante la incapacidad para asumir adecuadamente ciertas habilidades sociales.

Clasificación de la Ansiedad:

Ansiedad Excesiva: (Toro, Ricardo 1994, citado por Vélez, H 1996) concluye que la ansiedad excesiva se manifiesta por la preocupación o temores exagerados ante situaciones problemáticas relacionadas con: Salud, aspectos económicos, laborales y familiares, lo cual desencadena síntomas como:

- Desasosiego o inquietud motora.
- Fatigabilidad fácil.
- Dificultad para concentrarse o para relajarse.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Trastornos del sueño: Dificultad para conciliarlo, mantenerlo, o sueño inquieto no reparador.

Ansiedad Generalizada: Produce a menudo síntomas de hiperactividad anatómica como: Dificultad para respirar, palpitaciones (taquicardia), mareos, sudoración excesiva, sequedad en la boca, náuseas y diarrea. Todos estos síntomas varían de persona a persona sin embargo deberán estar presentes de manera relativamente continua durante varias semanas (o meses) característica que diferencia este trastorno de otros cuya sintomatología es similar, tal es el caso de trastorno del pánico y de algunas fobias.

La ansiedad puede presentarse como consecuencia secundaria a: El uso o abuso de drogas, o medicamentos, al uso de sustancias como: Cafeína, alcohol, sedantes, cocaína, marihuana, esteroides y dopaminas entre otros; o bien presentarse por la acción de algunas enfermedades cardiovasculares, respiratorias, trastornos endocrinos, metabólicos y enfermedades neurológicas.

También puede presentarse el cuadro clínico de la ansiedad o consecuencia de trastornos psiquiátricos entre ellos: fobia social, trastorno de pánico, trastorno obsesivo - compulsivo, trastorno de la alimentación, psicosis, estrés y trastorno de adaptación.

El tratamiento de la ansiedad esta apoyado a partir de la reducción de los síntomas a un nivel tolerable, ya que a menudo no es posible eliminarlos por completo.

Es común el uso de tratamientos psicoeducativos, psicoterapias de apoyo y el ejercicio físico.

El tratamiento farmacológico está fundamentado en el consumo de algunos psicofármacos como: Los ansiolíticos, benzodiacepínicos (B2p) y de los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) utilizados en las depresiones, pero para estos casos, utilizando dosis más bajas.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: Se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones.

El doctor Yepes, Luis 1994 (citado por Vélez H. 1996) afirma que las obsesiones son aquellas ideas, pensamientos, imágenes, melodías o impulsos recurrentes que invaden la mente del sujeto en contra de su voluntad; que surgen a partir de conductas inadecuadas asumidas por la persona en situaciones determinadas, que acompañadas de una gran ansiedad, ocasionan desde molestias leves hasta grados de sufrimiento profundo.

Las compulsiones son aquellos comportamientos o acciones que la persona tiende a repetir una y otra vez tales como: Acciones de lavado y limpieza, verificaciones y repeticiones, conteo, ordenamiento, atesoramiento o acaparamiento generalmente de cosas inútiles, entre otras.

Estos comportamientos pueden parecer sin objetivo, y se repiten de manera estereotipada cuya finalidad es disminuir la ansiedad asociada con las obsesiones.

Las ideas o impulsos arraigan en la conciencia, insistente y persistentemente, produciendo un gran nivel de ansiedad.

El diagnóstico sólo se da cuando estas compulsiones y obsesiones son recurrentes y lo suficientemente severas para ocasionar mucho sufrimiento, consumen más de una hora al día o interfieren de modo marcado con la rutina normal, el funcionamiento o las relaciones de la persona.

El cuadro clínico obsesivo — compulsivo, comúnmente se ve asociado a la sintomatología de trastornos como: Del estado de ánimo, fobias, esquizofrenias, hipocondrías, anorexia nerviosa y bulimia; los cuales coinciden, anteceden o desencadenan los trastornos obsesivos, compulsivos.

El tratamiento para este trastorno, está apoyado básicamente en el consumo de psicofármacos tales como clomipramina (anafranil), fluoxetina (prozac) sertralina y la flvoxamina (Luvox), acompañados de psicoterapias, y en casos extremos de neurocirugía.

## **TRASTORNOS DEL SUEÑO:**

La compleja y delicada estructura del sueño está sujeta a innumerables perturbaciones que afectan la capacidad de estar despierto o dormido.

Según de Doctor Toro (citado por Vélez H. 1996) afirma que un 15% de la población presenta problemas de sueño, pero la cifra aumenta hasta un 50% cuando se trata de pacientes psiquiátricos.

La clasificación americana de trastornos psiquiátricos (DSMIV) divide los trastornos del sueño en cuatro grandes categorías. Trastornos primarios del sueño:

- Disomnias.
- Insomnio primario
- Hipersomnio primario.
- Narcolepsia.
- Trastorno del sueño relacionado con la respiración.
- Trastorno del sueño del ritmo cardíaco.
- Pararasomnias:
- Sonambulismo
- Terrores Nocturnos.
- Pesadillas.

Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno psiquiátrico:

- Insomnio
- Hipersomnias.

Otros trastornos del sueño debido a enfermedad médica:

- Insomnio.
- Hipersonmnia
- Parasomnias.

Trastornos del sueño inducidos por uso de sustancias

## INSOMNIO

El insomnio es la queja más común en la población general y en pacientes psiquiátricos.

De acuerdo al momento de la presentación el insomnio se divide en:

Insomnio de conciliación, de mantenimiento (cuando hay despertares frecuentes) o terminal cuando se presenta en la última parte de la noche.

Los trastornos de ansiedad y los problemas situacionales afectan más la fase de conciliación, mientras que la depresión produce comúnmente insomnio terminal.

Las causas orgánicas por su parte producen más el insomnio de mantenimiento.

Con relación a sus causas se clasifica como: Primario o fisiológico o secundario a otra enfermedad psiquiátrica o médica.

También se puede enfocar el insomnio teniendo en cuenta su duración en. Transitorio (cuando se da de días hacia tres semanas) o persistente (cuando dura por más de uno o dos meses).

Tratamiento:

Al ser el insomnio un síntoma cuya etiología es heterogénea la orientación terapéutica varía según el tipo de insomnio y sus causas.

Comúnmente suelen utilizarse intervenciones cognoscitivo - conductuales, técnicas de relajación y meditación, higiene del sueño y el uso de sustancias farmacológicas. Las B2D (Benzodiacepinas) son los hipnóticos más efectivos, producen dependencia si se usan continuamente por más de 2-4 semanas.

Los antidepresivos y los antihistamínicos no producen dependencia aunque no son tan efectivos como las B2D.

#### HIPERSOMNIA

Se caracteriza por sueño nocturno prolongado o episodios diurnos de sueño, los que interfieren con las actividades cotidianas del individuo; manifestando una marcada somnolencia; cuyas causas son ajenas a la narcolepsia, la apnea del sueño, insomnio o Parasomnia.

#### NARCOLEPSIA

Se caracteriza por ataques irresistibles de sueño transitoriamente restaurador que ocurren diariamente y se asocian a la cataplejía, alucinaciones hipnagónicas o hipnopómpicas y parálisis del sueño.

La cataplejía es un síntoma que se presenta como episodios breves de pérdida del tono muscular precipitados por emociones intensas.

Las alucinaciones hipnagónicas se dan antes de conciliar el sueño y las hipnopompicas al despertar y las parálisis del sueño como aquellas manifestaciones que hacen ver al sujeto despierto pero no puede ni moverse ni hablar.

## PARASOMNIAS

Se trata de una serie de conductas indeseables que se presentan durante el sueño y se manifiestan como una activación del sistema nervioso motor o autónomo.

Las parasomnias más comunes son: Los despertares parciales, el sonambulismo, pesadillas, enuresis, crisis epilépticas, bruxismos, cefaleas, reflujo gastro esofágico y el asma.

## TRASTORNO DE CONDUCTA

Según Puerta, Germán 1994 (citado por Vélez H. 1996). Los trastornos de la conducta, están caracterizados por un patrón persistente y repetitivo de conducta antisocial, agresiva y desafiante en el cual se violan los derechos ajenos y las normas sociales esperadas para la edad.

La alteración de conducta, se manifiesta en el hogar, en el colegio, con los compañeros y en la comunidad; perdurables y continuos.

Estos trastornos inician con manifestaciones de agresiones físicas, destrucción de propiedad ajena y con la muestra de crueldad hacia otras personas o hacia los animales. La gama de perturbación varía desde:

Desobediencia, persistencia, y rabietas, hasta actitudes desafiantes, por ejemplo asaltos, violación extorsión.

Con frecuencia este tipo de personas, que presentan trastornos de conducta, pertenece a un medio psico-social adverso o con relaciones intrafamiliares insatisfactorias.

Una duración mínima de 6 meses en las perturbaciones de la conducta es necesario para hacer el diagnóstico.

Pueden presentarse asociado a este trastorno, la ansiedad, depresión, expulsión escolar, problemas con la justicia, farmacodependencia, infecciones venéreas, accidentes, peleas y suicidios.

Los criterios diagnósticos de trastorno de conducta, según el DSM IV se definen como:

Agresión a personas y animales:

- a) A menudo mata, amenaza o intimida a otros.
- b) A menudo inicia peleas físicas.

- c) Ha usado un arma que puede causar daño a físico serio a otros (bate, ladrillo, botella rota, cuchillo, arma de fuego).
- d) Ha sido cruel con la gente físicamente.
- e) Ha sido cruel con los animales físicamente.
- f) Ha robado enfrentándose a las personas.
- g) Ha forzado a alguien en la actividad sexual.

Destrucción de propiedad:

- h) Se ha ocupado deliberadamente a prender fuego con la intención de causar daños graves.
- i) Deliberadamente a destruido propiedad ajena.

Falsedad o robo:

- j) Ha penetrado en la casa, edificio o automóvil de otra persona.
- k) Ha menudo miente para obtener cosas o favores, o para evitar obligaciones.
- l) Ha robado ítems de consideración pero sin enfrentarse a las personas, Violación seria de reglas.
- m) A menudo se queda fuera en la noche a pesar de la prohibición parental, comenzando desde antes de los 13 años.

n) Ha escapado de la casa toda la noche al menos dos veces mientras vivía con sus padres o sustitutos,

o) Frecuentemente escapa del colegio comenzando antes de los 13 años.

El trastorno de conducta causa un compromiso clínicamente significativo del funcionamiento social, académico u ocupacional.

Su tratamiento se apoya en el uso adecuado de terapias psicoeducativas, psicoterapia familiar y en los casos más severos de agresión se recurre al consumo de sustancias psicofarmacológicas tales como: Sedantes y tranquilizadores.

## **ESQUIZOFRENIA**

Es una enfermedad (grupo de trastornos) que comprende una desorganización severa del funcionamiento social, así como alteraciones de tipo cognoscitivo, afectivo y del comportamiento, sus manifestaciones influyen negativamente en la escolaridad, el trabajo productivo y la vida familiar.

El Doctor Vélez H (1996) afirma que establecer los límites que separa la esquizofrenia de otras enfermedades, ha sido una preocupación constante de los investigadores en este campo.

Sin embargo los avances en áreas como la neurología, genética y epidemiología han permitido ubicar de manera más estricta la amplia gama de síntomas que manifiesta la esquizofrenia.

Aunque se ha demostrado que la esquizofrenia se debe netamente a un trastorno de tipo neurológico; aún se podría considerar dentro del grupo de las deficiencias psíquicas que afectan el comportamiento ya que es esta su principal característica. -MANIFESTACIONES

#### CLINICAS

Comprende aquellos fenómenos que a nivel perceptivo, ideativo, experiencias de pasividad y trastornos ideoverbales están presentes:

- Trastornos perceptivos: (alucinaciones) que pueden ser auditivas, percibidas en forma de voces que se dirigen al paciente en segunda o tercera persona. Constituyen frases cortas, persistentes y continuas. "...Dicen oír sus propios pensamientos formulados externamente...", y luego se pueden presentar alucinaciones visuales y posteriormente las somáticas.
- Trastornos ideativos: La percepción delirante: Consiste en una intuición especial como respuesta a una

percepción normal, las que intentan dar significado a situaciones reales; entre este grupo están las ideas de clarividencia, delirio de persecución, delirio de alusión.

- Experiencias de pasividad: Para quien las experimenta, sus emociones, pensamientos o acciones no son vividos como propios, la que lleva a concluir que está controlado por agentes externos (seres naturales o sobrenaturales).
- Trastornos ideoverbales: Con características como pensamiento saltigado, condensación, incoherencia, interpenetración temática, las que dan como resultado la distorsión del curso del pensamiento.

Dentro de la sintomatología se encuentran definidas las pérdidas de funciones cognitivas y comportamentales; ubicas en cuatro trastornos específicos.

- Trastorno de lenguaje y pensamiento: Se refiere a la disminución de la producción y contacto verbal (alogia), hay pobreza verbal, sus respuestas son breves y lacónicas (vacías) e incompletas.
- Trastornos de la actividad: Pérdida de la iniciativa, insuficiente motivación para realizar diferentes actividades, marcándose una gran pasividad.

- Trastornos afectivos: Indiferencia o insensibilidad, lentitud de reacción y casi ausencia de expresión emocional. Son muy típicas las risas sin motivo o la insensibilidad ante lo que podría ser gracioso. Se presenta la ambivalencia afectiva (sentimientos opuestos) amor-odio, deseo-temor, quere-no querer.
- Trastornos de la sociabilidad: Hay un notable retraimiento social, incapacidad para establecer amistades, se da hasta un aislamiento social, con ausencia casi total de relación con los demás.

#### TRATAMIENTO:

Para el tratamiento de la esquizofrenia se tienen en cuenta:

- Medidas psicosociales: Las cuales buscan mejorar las relaciones interhumanas, tratando de evitar los efectos del deterioro social. (Terapia familiar, terapia ocupacional, psicoeducación y algunas formas de condicionamiento permanente).
- Medidas farmacológicas: Los fármacos más utilizados son los antipsicóticos entre ellos: Haloperidol (halopidol), clorpromazina, tioridizina (Meleril), la ausencia de tratamiento, o su poco control puede ocasionar grandes daños los cuales son evidentes hasta luego de 5 años.

Cuando se presenta la fase aguda, el paciente debe ser hospitalizado, sin embargo esta situación en realidad puede ser prevenida mediante un tratamiento eficaz y oportuno.

### **NOCIONES BASICAS SOBRE EL CONSUMO DE PSICOACTIVOS**

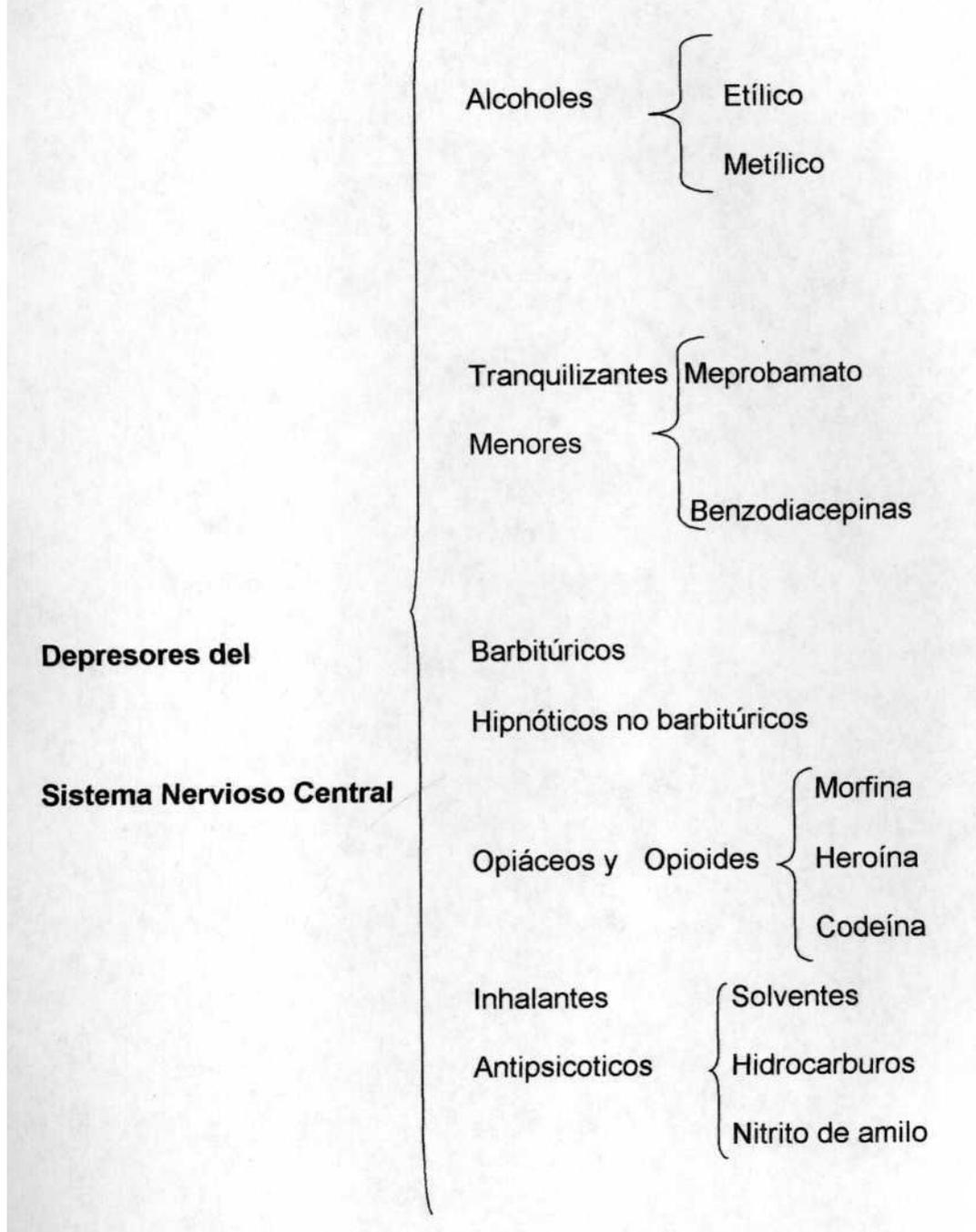
El ser humano consume diferentes tipos de sustancias, destacándose entre ellas dos grandes grupos: Los nutrientes y los fármacos. Entendiéndose como nutrientes las proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua, y como fármacos todos aquellos medicamentos (Psicoactivos o no psicoactivos).

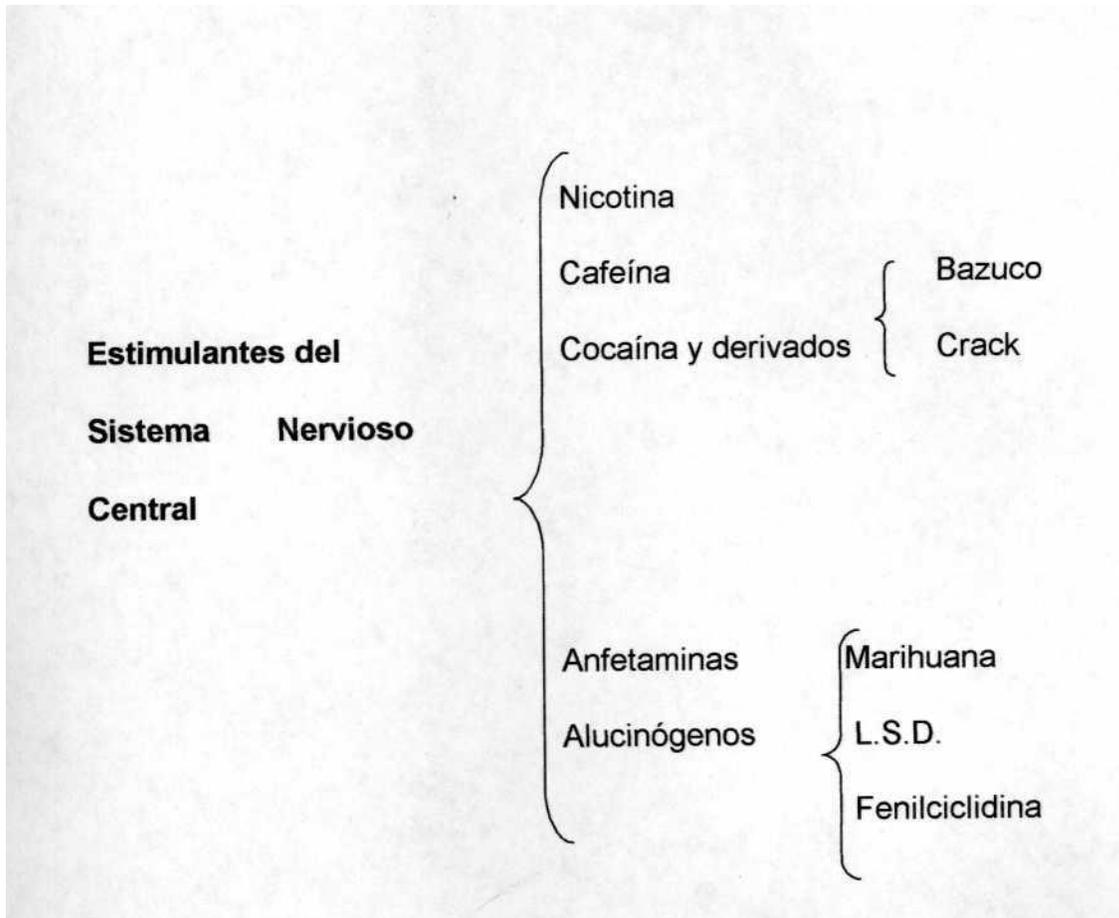
El término fármaco se aplica a toda sustancia no nutriente que introducida en el organismo vivo tiene la capacidad de modificar una o más de sus funciones; dichas sustancias pueden actuar como fármacos en su estado natural o como productos sintéticos que suelen clasificarse en relación con el efecto.

Entre los fármacos encontramos los psicoactivos o psicotrópicos; todo fármaco cuyo consumo afecte el sistema nervioso central, modificando la conducta del sujeto en lo referente a la sensación, la percepción, el estado de ánimo, la memoria, el raciocinio o las actividades psicomotoras.

También es importante destacar el uso indiscriminado que se hace de los términos fármaco, medicamento y droga, no solo entre la población, sino también entre los profesionales. Por lo tanto iniciamos definiendo estos conceptos.

- **Medicamento:** Toda droga producida o elaborada en forma farmacéutica reconocida, que se utiliza para la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades de los seres vivos. En su calidad de fármacos estos pueden ser psicoactivos o no psicoactivos. (Ministerio de salud 1996 pág. 28).
- **Droga:** Sustancia que introducida en el organismo vivo modifica sus funciones fisiológicas. La palabra droga ha sido usada por mucho tiempo como sinónimo de medicamento, ha adquirido en los últimos años una connotación muy específica aludiendo a aquellos fármacos psicoactivos no medicados que además producen un efecto lesivo para la salud en función de sus propiedades químicas y su dosis de consumo.

**FARMACOS PSICOACTIVOS MÁS COMUNES:**



**TIPOS DE CONSUMO:** Existen tres modalidades básicas de consumo:

- Consumo Simple: Utilización de una sustancia cualquiera con fines diversos: nutricionales, recreativos, terapéuticos, religiosos o sociales, la cual no deteriora el bienestar del sujeto o del grupo.

- **Uso indebido de sustancias:** Este concepto ha sido introducido por el comité de expertos de la OMS para designar el consumo efectuado sin relación o en contra de los conocimientos médicos vigentes. Se refiere entonces, al consumo autoformulado que contradice los principios médicos o sociales pudiendo producir o no algún deterioro sobre la salud en el momento de su identificación.
- **Abuso de sustancias:** Es el uso indebido, referido tanto a nutrientes como a fármacos, que compromete desfavorablemente el estado de salud del sujeto o del grupo, afectando su sistema orgánico o psíquico, contribuyendo a la aparición de enfermedades o traumatismos, aumentando el riesgo de morir y condicionando la formación, conservación o reproducción de relaciones sociales específicas que afectan el bienestar del grupo.

#### CONSUMO TERAPEUTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

Este término designa al consumo de un fármaco con efectos sobre el S.N.C., el cual es utilizado con el fin de controlar una alteración fisiológica.

#### USO INDEBIDO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

Se refiere al consumo autoadministrado de cualquier sustancia que tenga efectos sobre el sistema nervioso central y cuya utilización contradice los principios médicos o sociales vigentes.

No todos los individuos que hacen uso indebido de psicoactivos presentan el mismo compromiso de su salud antes de sufrir deterioro significativo. El problema no tiene solamente un valor teórico pues implica el establecimiento de medidas asistenciales diferenciales para aquellos individuos que se ven afectados por el consumo de distinta manera.

#### ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

Es el problema de salud caracterizado por la presencia, de cualquier alteración atribuible al consumo de un agente psicoactivo, con una frecuencia suficiente para generar malestar individual o social, este se puede dar por lo menos en el transcurso de un mes, como las siguientes:

Deterioro orgánico: Manifestaciones de alteración orgánica.

- Alteraciones morfológicas clínicamente significativas: Degeneración, necrosis, inflamación, displacia.
- Alteraciones fisiológicas clínicamente significativa: Pérdida de peso, disnea, tos, palpitaciones, nauseas.
- Signos patológicos: Hipertensión arterial, trastornos del ritmo cardiaco, aumento radiológico de la trama parahiliar.
- Neuroadaptación: Denominada como dependencia física o simplemente dependencia. Modificación fisiológica de las neuronas que obliga al organismo a incorporar la sustancia psicoactiva con el fin de mantener un estado subjetivo de bienestar el cual desaparece al interrumpir la sustancia. La Neuroadaptación enfatiza el aspecto orgánico de la dependencia y se detecta clínicamente.

Se habla de Neuroadaptación cuando se presenta uno de estos dos fenómenos:

**TOLERANCIA:** Este consiste en la disminución de la respuesta a una misma dosis de sustancia, o sea, la necesidad de aumentar cada vez más la cantidad consumida con el fin de conseguir los mismos efectos. Su aparición puede obedecer a adaptaciones enzimáticas, aumento en la velocidad de eliminación de la sustancia o alteraciones metabólicas de las neuronas.

**SÍNDROME ABSTINENCIA O SÍNDROME DE SUPRESIÓN:** Conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando se suspende o se reduce bruscamente la ingesta de una sustancia psicoactiva tras un consumo previo regular. Es también considerado como un síndrome mental orgánico que varía para cada individuo y para cada sustancia.

Los síntomas y signos más comunes son: Ansiedad, inquietud, insomnio y deterioro de la atención, náuseas, vómito, escalofrío, sudoración, taquicardia y convulsiones.

Su intensidad puede ser leve, como en la abstinencia por tabaco o grave como la abstinencia por opiáceos.

#### **DETERIORO PSÍQUICO:**

- Signos Psíquicos Patológicos: Agitación, irritabilidad, inquietud.
- Síntomas Psíquicos: Anorexia, temor, desasosiego, nerviosismo, anhedonia, sentimiento de culpa, impotencia, minusvalía, negativismo.
- Alteraciones Funcionales: Trastornos de la atención, la percepción, la motivación, el juicio y el sueño.

- Dependencia Psíquica.

#### DETERIORO SOCIAL Y PRODUCTIVO:

- Dificultades para establecer o mantener comunicación.
- Dificultades para establecer o mantener lazos afectivos.
- Transgresión de principios sociales que afectan el bienestar del grupo.
- Ausentismo laboral o escolar.
- Disminución del rendimiento académico o laboral.
- Interferencia con el proceso productivo de otros.

No se habla de abuso de sustancias psicoactivas cuando la alteración carezca de importancia clínica por su naturaleza o por su duración, o cuando tal alteración obedezca realmente a factores distintos al consumo

#### DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (FARMACODEPENDENCIA)

La O.M.S. adoptó el concepto farmacodependencia en reemplazo de los términos “adicción”, “toxicomanía”, y “habituación”, los cuales creaban confusión.

Se denomina **Farmacodependencia o dependencia de sustancias psicoactivas** al impulso irreprimible experimentado por un individuo de consumir un fármaco en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por la interrupción de su consumo.

El concepto se ha desarrollado exclusivamente con relación a sustancias psicoactivas. Es una de las manifestaciones más graves, pero no la única del abuso de sustancias psicoactivas, está constituida por la relación de dependencia que establece el individuo frente a la sustancia y se expresa a través de un conjunto variado de conductas susceptibles de interpretarse como deterioro psicológico.

## **PSICOFARMACOS**

Como se aclaró anteriormente, los psicofármacos se conocen como aquel grupo de medicamentos utilizados en medicina para el tratamiento de afecciones psiquiátricas como: Psicosis, depresión, ansiedad y manía.

Es necesario precisar algunas consideraciones que cumplen un papel importante en el abordaje del tema de psicofarmacología.

Los psicofármacos, tienen como característica principal su acción sobre el sistema nervioso central, la comunicación neuronal en los humanos se realiza de manera exclusiva por medio de neurotransmisores y es específicamente en ellos donde intervienen los psicofármacos; sin embargo su acción, no es limitada, y por tanto sus efectos repercutirán a lo largo de todo el organismo; conformando lo se conoce como efectos secundarios.

El estudio de la farmacología involucra las propiedades fisicoquímicas de estas sustancias; teniendo en cuenta: Efectos bioquímicos, fisiológicos y clínicos; los mecanismos de acción, absorción, distribución y excreción; por lo que surge como condición determinante conocer los múltiples efectos que desencadena el consumo de tales medicamentos los que generan a su vez molestias inesperadas, y algunos riesgos cuando se carece de control y más aún cuando se presentan alteraciones en su uso (suspensión y/o abuso).

La duración de un tratamiento con dichas sustancias depende del diagnóstico y del estado del paciente (ya sea crónico o agudo); en algunos casos severos el uso medicamentoso se prolonga por años; pero esto será una condición final, puesto que se recomienda tratamientos de corta duración, generalmente mientras cesan los síntomas del cuadro clínico a tratar.

En lo que respecta a la dosificación es necesario individualizar la cantidad, basándose en los esquemas que se proponen para cada sustancia.

Los psicofármacos como tratamiento terapéutico, no excluyen otro tipo de intervenciones, por el contrario este solo hace parte del manejo integral del paciente, así que acciones de tipo pedagógico, familiar y social ejercerán una mayor influencia en los beneficios y resultados que pueda presentar el paciente frente a su necesidad específica.

## **USO DE PSICOFARMACOS EN PERSONAS CON RETARDO MENTAL**

El abordaje del tema de los psicofármacos en la población con retardo mental plantea una problemática de gran complejidad, en primera instancia porque es necesario tener en cuenta que el retardo mental viene regularmente acompañado de múltiples deficiencias asociadas, con diversas características, siendo éstas quienes demanden la necesidad de recurrir a tratamientos farmacológicos; su diagnóstico además suele ser difícil por tales condiciones; y su poca claridad con respecto a teorías y/o investigaciones en el área, desencadenan grandes implicaciones en los programas de tratamiento y apoyo que conduzcan a un mejoramiento en la condición actual de este tipo de personas.

Sin embargo es evidente que existan personas con retardo mental cuyas deficiencias asociadas son de tipo neurológico y psiquiátrico por lo tanto requieren el uso de psicofármacos que buscan controlar la sintomatología que perturba directamente las relaciones consigo mismo, con las personas que le rodean y con los agentes de la salud, y además con el fin de prevenir estados de deterioro profundos que minimicen cada vez más su propia calidad de vida.

A continuación se presentará el grupo de psicofármacos de consumo frecuente en personas con retardo mental que presentan asociadas deficiencias de tipo neurológico (epilepsia, déficit atencional) y/o deficiencias de carácter psiquiátrico (depresión, ansiedad, trastornos del sueño, esquizofrenia... entre otros).

**Psicofármacos clasificados según la organización mundial de la salud (O.M.S.):**

- Psicofármacos Ansiolíticos
- Psicofármacos Antidepresivos

- Psicofármacos Antipsicóticos (neurolepticos)
- Psicofármacos Anticonvulsivantes.

### **PSICOFÁRMACOS ANSIOLITICOS:**

Los Ansiolíticos o tranquilizantes son fármacos que bloquean o atenúan las respuestas de ansiedad normal o patológica.

En el pasado fueron muchas las drogas que se emplearon en el manejo de la ansiedad como los alcoholes, aldehidos y propaneidoles, los barbitúricos y los antihistaminicos (todos ellos grupos de sustancias con efectos sedantes) pero con la introducción de las benzodiazepinas todas ellas fueron desplazadas.

### **Las Benzodiazepinas (BDC):**

Son sustancias con efectos Ansiolíticos (tranquilizantes en dosis bajas, con efectos sedantes - hipnóticos en dosis altas y con variables propiedades miorelajantes y anticonvulsionantes.

Las benzodiazepinas actúan directamente ante síntomas de: Tensión, insomnio, cefaleas, desanimo, ansiedad y angustia.

La absorción oral de los Ansiolíticos es rápida, alcanzando efectos entre media y cuatro horas luego de su ingestión, la absorción intramuscular es lenta e irregular; la intravenosa es más rápida.

Se excretan por vía urinaria en forma: Breve (menos de 5 horas), mediana (entre 5 y 24 horas) y larga (más de 24 horas).

En términos generales, las indicaciones de las Benzodiacepinas son:

- En estados psicóticos y no psicóticos con nerviosismo, aprehensión y agitación psicomotriz.
- En algunas manifestaciones somáticas de la ansiedad (ulcera gástrica, cefalea tensional, colitis nerviosa...).
  - En crisis fóbica o de pánico.
  - En trastornos musculares donde se presenta espasmos (tensión).
  - En epilepsia.
  - Como somnífero en terrores nocturnos y sonambulismo.

Efectos Secundarios:

La mayoría de estos efectos son producto de la extensión terapéutica, tales como: Somnolencia, flacidez muscular, mareo, abatimiento, dificultad para la concentración, apatía y disminución en habilidades psicomotrices.

**Clasificación de las benzodiacepinas:**

Esta clasificación se relaciona con la forma de eliminación:

BREVE	MEDIANA	LARGA
Aprazolam	Bromazepan	Clobazam
Estazolam	Camazepam	Clorazepato
Midazolam	Lorazepam	Diazepam
Triazolam	Oxazepam	Flurazepam

Al comienzo se deben administrar en dosis bajas y posteriormente aumentarlas paulatinamente, según las necesidades individuales. Todas las Benzodiacepinas principalmente las de eliminación rápida pueden producir dependencia y tolerancia, lo que incrementa con el tiempo el consumo.

De igual manera suspender su administración puede presentar insomnio, ansiedad y angustia exagerada, y si la suspensión es repentina aparecen síntomas de abstinencia: Temblor, agitación, náuseas, vómito, irritabilidad, ideas delirantes, entre otras por ello su retiro debe ser de modo gradual.

## **PSICOFARMACOS ANTIDEPRESIVOS**

Los antidepresivos son fármacos que actúan sobre la sintomatología que abarca la depresión.

Se tiende a considerar la depresión como un conjunto de manifestaciones que perturban el estado de ánimo, que va desde la tristeza normal hasta cuadros más severos y psicóticos.

La depresión puede estar originada por una multiplicidad de situaciones, tales como el consumo de medicamentos, causas de origen metabólico, endocrino, y por la presencia de enfermedades de tipo infeccioso.

Es decir cualquier alteración que a nivel orgánico, emocional y social que presente la persona, trae como consecuencia las manifestaciones de un cuadro depresivo; es por ello de gran importancia que el diagnóstico realizado por el médico y/o especialista, reúna todas las características que antecedieron dicho cuadro.

Existen cuatro clases de psicofármacos antidepresivos denominados como: Tricíclicos, tetracíclicos, inhibidores de la monoaminooxidasa, y las anfetaminas.

Los antidepresivos tricíclicos tienen su mayor actividad en las depresiones más severas (psicóticas). En las depresiones menos severas, generalmente llamadas neuróticas, reactivas o situacionales en cuyos casos no se consideran útiles los antidepresivos se utilizan con mejores resultados la psicoterapia y el uso de Ansiolíticos.

La duración de un episodio depresivo es de seis a ocho meses, por lo tanto este es el tiempo durante el cual debe ser tratado el paciente.

Los síntomas de depresión que conllevan a la utilización de psicofármacos son:

Estado de ánimo triste, ansioso o “vacío” en forma persistente, insomnio, despertar en la madrugada o dormir en exceso, pensamientos de muerte o suicidio e intento de suicidio, intranquilidad, irritabilidad, síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento; como son: Dolores de cabeza alteraciones digestivas, dolor cónico. Los cuales se presentan de manera constante hasta por seis meses.

Efectos Secundarios:

Los más frecuentes son los vegetativos como: Sequedad en mucosas especialmente de la boca, pérdida del apetito, náuseas, vómito, incremento en el tono del esfínter, sedación, parestesias, incoordinación motora.

Debe evitarse su uso:

En pacientes con obstrucción urinaria, pacientes con antecedentes patológicos cardiovasculares, embarazo y epilepsia.

#### **Los Antidepresivos más conocidos son:**

Amineptia      Clorimipramina

Amitriptilina      Desipramina

Butripilina      Trimipramina.

#### **PSICOFARMACOS ANTIPSICOTICOS (NEUROLEPTICOS)**

Los Antipsicóticos o neurolépticos son fármacos eficaces para controlar las manifestaciones de psicosis tales como alucinaciones, delirios, excitación maníaca y la agitación psicótica.

Los neurolépticos incluyen una variedad de sustancia que difieren en sus efectos sedantes y estimulantes relativos, y su consumo crónico acarrea grandes efectos secundarios, aunque no producen dependencia.

Los neurolépticos se absorben rápidamente después de su administración oral, produciendo efectos clínicos en media o una hora; aunque son de lenta eliminación.

Los antipsicóticos (neurolépticos) están indicados esencialmente en: Esquizofrenias, trastornos paranoides, en manías y en psicosis tóxicas y orgánicas.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- Distonías agudas: Contracciones tónicas de la musculatura del cuello, cara y lengua.
- Parkinsonismo: Se manifiesta con la misma sintomatología que la enfermedad de Parkinson. En un aparte más adelante se ampliara la información sobre este efecto y su manejo.
- Acatisia: Este síntoma se traduce en inquietud motora.
- Se presenta además: Sequedad en la boca, estreñimiento, alteraciones de la acomodación visual, retención urinaria, inhibición de la eyaculación.

Se contraindica en personas con riesgo de cardiopatías, en epilépticos, e insuficiencia hepática pues sus efectos sobre ellos aceleran produciendo graves alteraciones en tales dimensiones.

Los antipsicóticos (neurolepticos) de consumo más frecuente son:

Clorpromacina

Tioridacina

Trifluoperacina

Haloperidol

### **PSICOFARMACOS ANTIPARKINSONIANOS**

Los antiparkinsonianos son medicamentos que tienen su acción sobre las manifestaciones de la parálisis agitante (enfermedad de Parkinson).

La enfermedad de Parkinson se caracteriza por un daño neuronal siendo este el que produce pérdida de la sensibilidad o del movimiento, debilidad y temblores progresivos que llegan a invadir todo el cuerpo, dificultando todos los movimientos voluntarios; rigidez o contracciones, marcha especial con propulsión involuntaria del tronco hacia delante, y por último, enflaquecimiento rápido y parálisis de los órganos de la deglución y esfínteres.

Pero la acción de medicamentos como los antipsicóticos, trae como efectos secundarios manifestaciones muy similares a dicha patología.

Cuando se consumen medicamentos antiparkinsonianos es común que se presenten síntomas de: Temblor, frío de manos, rigidez muscular e inexpressión facial; los que aparecen algunos días después de iniciar la administración de la droga, aunque son molestos no constituyen un peligro real para la vida del paciente.

Se debe reducir estos psicofármacos luego de tres semanas de utilizarlo, si se hace necesario su consumo por tiempos más prolongados, porque se presenta recurrencia en su sintomatología, se deberá acompañar de otros medicamentos con efectos antagónicos que contrarresten sus efectos secundarios.

Dentro de los psicofármacos antiparkinsonianos más conocidos se encuentran: El biperideno, difenidramina, y el akineton.

## PSICOFARMACOS ANTICONVULSIVANTES

Son medicamentos que actúan en el sistema nervioso central (neuronas) ejerciendo control sobre las convulsiones; una convulsión es el síntoma de un mal funcionamiento cerebral originado por diversas causas, produciendo numerosas manifestaciones.

Con el fin de conseguir resultados benéficos con los anticonvulsivantes, es aconsejable tener en cuenta los siguientes lineamientos:

- Emplear sustancias menos tóxicas y mejor conocidas
- Llevar un registro de las crisis y administrar dosis más altas durante el periodo o momento en que se presenten, teniendo en cuenta su gravedad, estado general, nutrición y tolerancia.  
Iniciar con dosis bajas y aumentarlas progresivamente, observando y controlando efectos secundarios con los terapéuticos.
- Hacer énfasis en la importancia de consumir los medicamentos tal como se formulan.

El efecto terapéutico de los anticonvulsivantes es el resultado de la inhibición de la acción en las neuronas “deterioradas” que provocan las cargas, origen de las manifestaciones epilépticas.

Sus efectos secundarios pueden presentarse como: Disminución de la actividad física, irritabilidad, hiperactividad, agresividad, somnolencia, la que disminuye cuando se tiene un tratamiento prolongado; el acné puede incrementarse.

**Los anticonvulsivantes más usados son:**

Fenobarbital      fenitoina

carbamazepina    El ácido valproico.

**PRESENTACION Y FORMA FARMACEUTICA DE LOS PSICOFARMACOS**

Los psicofármacos, como medicamentos farmacéuticos, están elaborados a partir de sustancias químicas, las cuales penetran y actúan en el organismo a través de diferentes vías de administración.

Las vías de administración serán mediatas o inmediatas, teniendo en cuenta la forma en que sean absorbidas. Entre estas se encuentran: Vía de administración oral, respiratoria, intramuscular e intravenosa.

Dentro de los compuestos medicamentosos que son administrados por vía oral, se encuentran:

Pastillas: Porción pequeña de pasta compuesta de azúcar y alguna sustancia medicinal, generalmente su forma es circular.

Tabletas: Pequeña porción de pasta medicinal, de forma variable (pastilla).

Comprimidos: Pastilla pequeña que se obtiene por compresión de sus ingredientes (disminución del volumen), previamente reducidos a polvo.  
Gotas: Sustancia concentrada de composición líquida.

Cápsulas: Sustancia medicinal cubierta por una envoltura insípida a base de gelatina.

Suspensión (embonato): Sustancia medicinal formada por una base líquida y otra sólida, la cual se distribuye en pequeñas partículas visibles sobre la sustancia líquida.

Los compuestos medicamentosos administrados por vía intramuscular e intravenosa:

Ampollas: Pequeño recipiente de vidrio cerrado que contiene un líquido inyectable.

Todo psicofármaco, tiene una sustancia genérica, básica, de la que se desprenden diversos nombres “comerciales”, lo que son asignados por los distintos laboratorios farmacéuticos que se encargan de su elaboración.

(CUADRO N° 1)

## PRESENTACION Y FORMA FARMACEUTICA DE LOS PSICOFARMACOS

GRUPO	PSICOFARMACO (Nombre Genérico)	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS (Posología)	TRASTORNO AL QUE SE APLICA	EFFECTOS SECUNDARIOS
Neuroleptico	Neuleptil Propericiazina		<b>Comprimidos</b> Caja de 30 por 10 y 50 mg <b>Gotas</b> (1 gota = 1 mg) <b>Frasco</b> por 30 ml	<b>Adultos:</b> Iniciar 3-4mg/día Hasta 15-25mg/día <b>Niños:</b> (1-5años) 1 gota 1mg (5-10ªños) 10 gotas (10mg) (10-15años) 15gotas (15mg)	Trastorno del comportamiento Delirios Esquizofrenia Psicosis Seniles Neurosis	
Neuroleptico Ansiolítico	Sinogan Levomeprazina		<b>Comprimidos</b> Caja por 20 de 25 mg <b>Frasco</b> por 100 de 100 mg <b>Gotas</b> frasco por 30mg <b>Ampollas</b> Caja por 10 de 1ml <b>Embonato(suspensi ón)</b> frasco por 120 ml	<b>Vía oral Diaria</b> Iniciar con 25-50mg en 4 tomas hasta 150mg <b>Vía intramuscular</b> Iniciar con 75 a 100mg en 3 ó 4 inyecciones hasta 150 a 250mg/día <b>Vía intravenosa</b> Profusión lenta 50- 100mg en 250ml de suero fisiológico <b>Niños:</b> 20-60mg en 1 a 3 tomas al día	Tranquilizante, psicosis, estados melancólicos, depresiones graves, esquizofrenia crónica, insomnio persistente. <b>Neurosis:</b> iniciar 25mg antes de acostarse hasta 50 a 75 mg <b>Insomnio:</b> Iniciar con 3 gotas antes de acostarse hasta 10- 15mg <b>El embonato</b> se usa en caso de hospitalización de 100-200mg	
Neuroleptico	Holeperidol	Halopidol	<b>Comprimidos</b> 0.5, 5 y 10 mg <b>Ampollas</b> 1ml con 5mg/ml	<b>Adultos</b> Iniciar 0.5 a 2 mg 2 ó 3 veces al día. <b>Niños</b> 0.05 - .055 mg/kg. repartidos en 2-3 tomas <b>1 Ampolla</b> por vía I.M. que se repite a las 2-8 horas según	En cuadros psicóticos En esquizofrenia Agitación, Agresividad, Trastornos de conducta	

GRUPO	PSICOFARMACO (Nombre Genérico)	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS (Posología)	TRASTORNO AL QUE SE APLICA	EFFECTOS SECUNDARIOS
Neuroleptico	Largactil Cloropromazina		<b>Comprimidos</b> 25 mg y 100 mg <b>Gotas</b> 10 ml al 4% <b>Ampollas</b> 2 ml/50 mg 5ml/25mg <b>Embonato</b> 120ml	<b>Adultos</b> 25-50mg/día hasta 400-600mg <b>Vía Parenteral</b> Casos de urgencia 25-50mg IM 3 a 4 veces en las primeras 24 horas. <b>Niños Embonato</b> 1 a 6mg/kg en 1 o 2 tomas	Excitación maníaca Psicosis aguda con excitación motriz, Insomnio Agitación Senil Esquizofrenia Psicosis crónicas alucinatorias Melancólicas	Visión borrosa Hipotensión Taquicardia refleja Inhibición de la eyaculación Ileoparalítico Apatia Vértigo Convulsiones Estreñimiento Diaforesis Mareos Somnolencia Sequedad bucal Congestión nasal
Anticonvulsivo	Neurontin	Neurontin (Carbapentin)	<b>Capsulas</b> 300 y 400 mg	<b>Niños y Adultos Mayores de 12 años</b> 900 a 1800 mg/día hasta un máximo de 2400 mg repartidos en 3 dosis al día sin dejar pasar las 12 horas entre cada suministro	Se utiliza como tratamiento auxiliar con anticonvulsivantes estándares en personas que no han logrado un control suficiente de las crisis parciales, simples y complejas y contra las crisis tonicoclónicas secundarias generalizadas	Parece tener pocos efectos secundarios, entre los más comunes: Somnolencia Marcha inestable Mareos Fatiga Nauseas o vomito

GRUPO	PSICOFARMACO (Nombre Genérico)	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS (Posología)	TRASTORNO AL QUE SE APLICA	EFFECTOS SECUNDARIOS
Anticonvulsivo	Fenobarbital	Fenobarbital	Tableta 10, 50 y 100 mg Elixir por 200 mg/día Inyecciones 40	<b>Menores de 1 año</b> 3 - 4 mg/kg. por día, vía oral. <b>Menores de 15 años</b> 1 - 5 mg/kg. por día (vía oral) <b>Adultos</b> 90 a 200 mg/día.	Crisis convulsivas febriles, crisis convulsivas generalizadas y parciales, simples.	Ataxia, hiperactividad, irritabilidad, trastornos del sueño, alteración de las propiedades cognoscitivas, confusión mental y excitación, mareos y somnolencia menos frecuentes: Nistagmos, visión borrosa, náuseas o vómito, estreñimiento, agranulocitosis, anemia, hipervitaminosis de la vitamina K, osteomalacia y deficiencia de ácido fólico
Anticonvulsivo	Carbamazepina	Tegretol	Comprimidos De 200 y 400 mg Jarabe 200 mg/ml	<b>Adultos</b> (iniciar con dosis bajas) Iniciar 100-200 mg 1 o 2 veces al día <b>Niños</b> Iniciar 10 - 20 mg/kg. al día	Epilepsia Manía, trastorno Maniaco-depresivo	Mareos, ataxia, movimientos involuntarios, agitación, depresión (casos extremos), visión borrosa, confusión diplopía, cefalea, náuseas vomito, somnolencia, debilidad y distonía

GRUPO	PSICOFARMACO (Nombre Genérico)	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS (Posología)	TRASTORNO AL QUE SE APLICA	EFFECTOS SECUNDARIOS
Anticonvulsivo	Acido Valproico	Depakene Valcote	<b>Depakene</b> <b>Cápsulas</b> 250 mg <b>Jarabe</b> 250 mg/cucharada <b>Valcote</b> <b>Tabletas</b> 250 mg y 500 mg	<b>Depakene</b> Iniciar 15 mg por día hasta 60 mg por día aunque puede llegar a 250 mg <b>Valcote</b> Iniciar 15 mg por día hasta 60 mg por día aunque puede llegar a 250 mg	Control de la epilepsia	Depresión del sistema nervioso central, amenorrea secundaria, debilidad y aumento transitorio de la caída natural del cabello, insomnio, calambres abdominales, temblores de manos y brazos
Anticonvulsivo	Epamin	Tegretol	<b>Cápsulas</b> 100 mg <b>Jarabe</b> 120 mg <b>Ampollas</b> 5 mg)50 ml x 5 ml	<b>Adultos</b> 100 mg tres veces al día (300 mg) <b>Niños</b> Iniciar 5 mg repartidos en 2 o 3 tomas hasta 300 mg máximo <b>Intravenosa</b> Iniciar 10 - 15 mg intravenosa lenta	Control de la Epilepsia (corteza motora)	Pronunciación incompleta de palabras, confusión, vértigo, insomnio, nerviosismo, contracciones motoras, engrosamiento de la encía en mujeres y niños, incremento del vello corporal, reduce las defensas del organismo.
Anticonvulsivo	Akineton		<b>Tabletas</b> 2 mg <b>Grageas</b> 4 mg <b>Ampollas</b> 5 mg	<b>Tabletas</b> 2 mg Se inicia con 1 ó 2 diarias hasta 6 tabletas en 3 tomas diarias. <b>Grageas</b> 4 mg como dosis de sostenimiento <b>Ampollas</b> 5 mg una ampolla 2 ó 3 veces al día por vía intramuscular	Enfermedad de parkinson, síndromes extrapiramidales como reacción inducida por neurolepticos y antidepresivos	Efectos neurovegetativos: Sequedad en la boca, estreñimiento o dificultad para la micción. Los cuales luego de algún tiempo sin necesidad de modificar la dosificación

GRUPO	PSICOFARMACO (Nombre Genérico)	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS (Posología)	TRASTORNO AL QUE SE APLICA	EFFECTOS SECUNDARIOS
Neuroleptico	Meleril (tioridazina)		<b>Comprimidos</b> 50 y 100 mg <b>Grageas</b> 10 y 20 mg <b>Suspension</b> 25 mg x 5 ml (1 cucharadita)	Se puede administrar en 2 o 4 tomas diarias. <b>Adultos</b> 10-75 mg <b>Niños</b> 0.5 a 2 mg por kg de peso corporal divididos en 3 ó 4 dosis <b>Pasientes Hospitalizados</b> 100 - 600 mg	Psicorrelajante, estados depresivos. Los pacientes bajo tratamiento con meleril permanecen activos, cooperadores y pueden establecer un mejor contacto con el medio ambiente <b>Reacciones irritabilidad</b> tiene un amplio margen terapeutico.	Sedació, sequedad en la boca, vértigo obstrucción nasal, erupción alérgica de la piel, fotosensibilidad, incontinencia urinaria, cambio de peso. En casos aislados, rigidez muscular, hipertermia, estado mental alterado, inestabilidad autónoma; ante lo cual requiere la interrupción inmediata del fármaco
Antihistaminico	Meleril (clohidrato de hidroxicina)		<b>Comprimidos</b> 25 mg <b>Jarabe</b> al 0.25% 10cc= 25 mg <b>Ampollas</b> 2 ml con 100 mg	<b>Adultos</b> 1 comprimido en la mañana, 1 comprimido en la noche = 50 mg <b>Niños</b> 0.4 ml/kg en dos tomas <b>Ampollas</b> Adultos 1 ampolla Niños 1mg/ kg	Tranquilizante ideal como sedante y tranquilizante	Somnolencia

GRUPO	PSICOFARMACO (Nombre Genérico)	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS (Posología)	TRASTORNO AL QUE SE APLICA	EFFECTOS SECUNDARIOS
Psicoestimulante	Ritalina (Metifenidato)	Ritalina	Comprimidos de 10 mg	Se adaptará a las necesidades de cada individuo. <b>Adultos:</b> 2 o 3 tomas con dosis media de 20 a 30 mg/día. <b>Niños:</b> a partir de los 6 años. Se debe iniciar con dosis bajas. Inicial de medio a 2 comprimidos de 10 mg por día con incremento gradual de 5 a 10 mg a la semana. No se recomienda pasar la dosis de 60 mg día	Trastornos hipercinéticos en la conducta de los niños: Déficit de atención con y sin hiperactividad, o con impulsividad.	Nerviosismo, insomnio, pérdida de apetito, cefalea, somnolencia, vértigo, discinesia, trastornos de acomodación, visión borrosa, tics, depresión calambres musculares, nauseas, vomito, sequedad de la boca, taquicardia, palpitaciones, arritmias cambios en la tensión arterial y la frecuencia cardiaca. Muchos de estos efectos se presentan ocasionalmente, otros rara vez, o en casos aislados.



## **IMPLICACIONES GENERALES ANTE EL CONSUMO DE PSICOFARMACOS**

Es innegable que el avance de la farmacología en el presente siglo ha contribuido de manera invaluable en la mejora de métodos de pronóstico y tratamiento de muchos problemas de salud que afectan a la humanidad.

En el campo de la psicofarmacología específicamente, estos avances han traído muchos beneficios, puesto que cada vez este tipo de medicamentos actúan de modo más eficaz en el control y tratamientos que los síntomas que la requieren. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la gran mayoría de psicofármacos pueden inducir un ámbito muy fuerte ya que regularmente son tratamientos prolongados de varios años, haciendo difícil y hasta perjudicial al individuo abstenerse de ingerirlos, generando grandes estados de dependencia.

La dependencia es un fenómeno real y marcado que tiene repercusiones tanto para el individuo como para la sociedad; para el individuo porque el consumo continuo de psicofármacos genera un alto riesgo de producir efectos negativos (toxicidad, pérdida de habilidades cognitiva, memoria, atención, entre otros) con consecuencias a nivel físico, mental y social;

y ante la sociedad porque la interacción de este en su entorno, se verá condicionado por los mismos efectos terapéuticos y secundarios que desencadena el uso de psicofármacos.

El tratamiento para estas personas debe ser integral, si bien es cierto que los medicamentos ocupan un lugar importante, el acompañamiento desde las dimensiones familiar, psicológica, neurológica, pedagógica y social comprometen un mejoramiento, que permitirá que el individuo tenga un desenvolvimiento eficaz en la sociedad.

### **FAMILIA Y USO DE PSICOFARMACOS**

Las diferentes deficiencias que se asocian al retardo mental que requieren tratamiento psicofarmacológico, trastornan inevitablemente las relaciones normales de la familia, este trastorno se origina en la autoimagen de la persona, así como en el modo en que el resto de la familia le ve.

A menudo se originan grandes sentimientos de: Preocupación, culpabilidad, temores y hasta negación de la condición actual de la persona, fomentando por su parte, actitudes e incluso concepciones erróneas en los miembros de la familia que directamente serán lesivas para la persona.

Por otro lado, por las características como por su falta de autonomía e independencia, se hace más clara la dificultad de hacer un control adecuado en el uso de los medicamentos, debido a esto, son personas diferentes a ellos, como padres, hermanos los que llevan el control en quienes primará otro factor importante ante el consumo de psicofármacos y se refieren al uso o al abuso que se haga de ellos.

Parecen ser muchas las razones que llevan al padre de familia (hermanos o acudiente) a cometer serios abusos tanto en la administración de los medicamentos, como en su control, entre las que se pueden enunciar, factores económicos, falta de información clara sobre el diagnóstico y el tratamiento, e incluso por la ansiedad que les genera la condición de esta persona, contribuyen y originan mayores estados de deterioro a nivel orgánico y conductual en el individuo.

Es por ello, que diferentes entidades relacionadas con salud, farmacología y educación pretenden desde sus propias dimensiones, brindar una información más clara frente a esta problemática.

## **EI PAPEL DE LA ESCUELA**

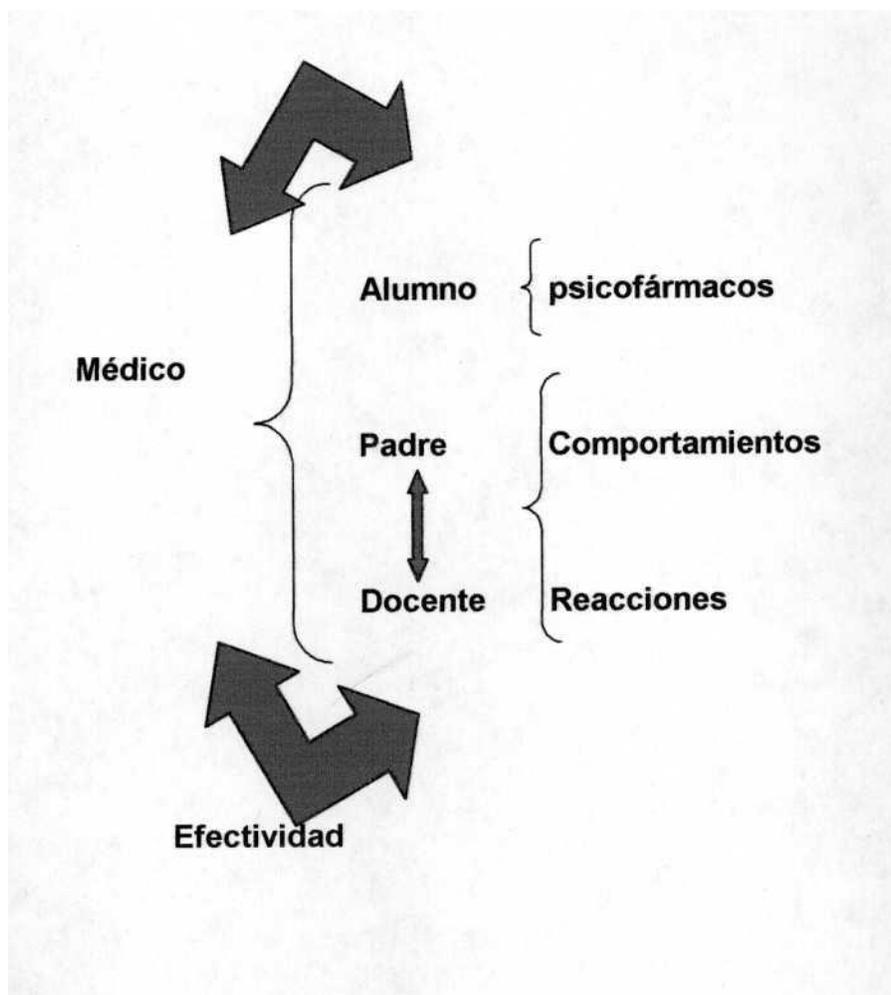
Cuando un alumno con retardo mental presenta alguna deficiencia asociada y que requiere control farmacológico, se necesita que se haga un buen manejo de estos medicamentos de modo que la recurrencia y la frecuencia de los síntomas, sea tan baja, que permita que el alumno tenga una asistencia continua y normal a la institución; y que mientras el alumno se encuentre allí, esté en condiciones mínimas de acceder a la enseñanza y conocimiento que se impartan.

Cuando el médico, neurólogo o psiquiatra, determina que el alumno requiere del uso continuo de psicofármacos, se hace imprescindible el cumplimiento con las recomendaciones pertinentes en cuanto a horarios dosis sugeridas, posibilitando que la persona tenga un periodo de sueño adecuado, procurando que no sea demasiado ni muy escaso, puesto que algunos medicamentos, causan un poco de sueño y sedación.

Esta situación demanda un adecuado control en el hogar pero igualmente necesario que en la escuela y especialmente el maestro conozca tanto la patología del alumno, como el tratamiento farmacológico que le está siendo suministrado, los efectos secundarios y todos los demás antecedentes que se involucran en la vida del alumno para que el trabajo pedagógico pueda estar acorde con las necesidades, expectativas y posibilidades de su alumno. Estos conocimientos son de gran importancia en la labor pedagógica puesto que las manifestaciones de sedación, falta de atención, "hiperactividad", inestabilidad y poca memoria pueden ser el resultado del consumo de psicofármacos.

Obviamente, ante el consumo de psicofármacos, existen modificaciones en el organismo, que repercuten directamente en el comportamiento del individuo, por tanto la claridad frente a qué tipo de modificaciones se demandan, deberá ser la atención tanto del padre de familia como del docente, apoyados entonces en la observación directa, logrando así identificar los beneficios reales que se están obteniendo y en caso contrario, los perjuicios que se están provocando, de este modo el acompañamiento, será integral, y será la herramienta.

El médico prescribe el consumo de psicofármacos, apoyado en la historia clínica del sujeto, y sus necesidades definiendo una dosis (limitada) un horario y unas recomendaciones determinadas.



## **IMPLICACIONES A LARGO PLAZO GENERADAS POR EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS**

Como se ha mencionado en los capítulos anteriores; el consumo de psicofármacos interactúa no sólo a nivel del sistema nervioso central, sino que estas al ser sustancias que constantemente ingiere el organismo, afectan todo su funcionamiento. La vulnerabilidad de algunos órganos, desencadena con facilidad alteraciones significativas en los diversos, manifestándose de manera física, psíquica en el sujeto, en los que intervienen directamente las condiciones de salud, caracteres hereditarios y demás factores que predeterminan dicha vulnerabilidad.

Los medicamentos al mismo tiempo que ejercen su acción terapéutica, activan la función de los mecanismos de acción, absorción, distribución, biotransformación y excreción en el organismo, que en definitiva son los que determinan la efectividad de su consumo. Pero, cuando los medicamentos son utilizados de manera frecuente durante periodos prolongados, ponen al individuo en alto riesgo, frente al desarrollo de algunas anomalías en los procesos orgánicos, generando de manera crónica consecuencia que complejizan y limitan las condiciones de vida del sujeto.

Estas anomalías por lo tanto, se agrupan, teniendo en cuenta los mecanismos de asimilación de los medicamentos y los órganos que los comprometen.

- En cuanto a la ingestión del medicamento, durante la que se involucran principalmente los siguientes órganos:

Boca, faringe, laringe, esófago y estómago; a largo plazo el consumo de este tipo de sustancias genera complicaciones como: Deterioro dental, hiperplasia gingival, gastritis y úlceras. Con respecto a la absorción de medicamentos, lo que implica la activación de las funciones enzimáticas y sanguíneas básicamente el consumo a largo plazo produce alteraciones; en la producción de enzimas, acumulación química de sustancias en la sangre, deficiencias inmunológicas, reacciones en la interacción de medicamentos, enfermedades como anemia plástica, agranulocitosis, y en casos más severos conducen a la leucemia.

- Y en cuanto a la excreción y eliminación de sustancias en donde se activan las funciones del hígado, la vejiga y los intestinos, se pueden presentar complicaciones tras el consumo a largo plazo: Enfermedades hepáticas, incontinencia urinaria, estreñimiento, retención urinaria, deterioro de la flora intestinal, problemas de colón y otras inflamaciones que comprometen estos órganos.

Sin embargo, existen otras dimensiones a las cuales la acción terapéutica de medicamentos afecta directamente, como es la concentración sanguínea, sobre la que actúa los niveles de toxicidad.

La toxicidad corresponde a la calidad adversa que las sustancias químicas, ejercen en el organismo, generando complicaciones altamente peligrosas para este, lo que se da cuando se utilizan medicamentos cuya degradación y asimilación conlleva a un proceso lento.

Cuando la concentración sanguínea de estas sustancias farmacológicas es demasiado baja, los efectos terapéuticos son poco efectivos, pero cuando se presentan en el organismo concentraciones muy altas, generan mayor nivel de toxicidad, desencadenando a su vez diversos grados de intoxicación siendo en los casos más extremos donde se hace necesario la suspensión inmediata del consumo de los medicamentos.

Otro factor, que implica alteraciones en la concentración sanguínea hace referencia a la falta de regularidad en el suministro de las dosis recetadas, provocando inestabilidad en esta concentración donde el organismo con facilidad podrá adquirir niveles de intoxicaciones o bien presentar ineficacia en el tratamiento.

Existen otros tipos de complicaciones que se originan a largo plazo, mediante el consumo de psicofármacos, pero que son menos frecuentes. Para su desarrollo y evolución, se ponen en juego las características individuales, las condiciones orgánicas y el grado de complejidad de sus deficiencias asociadas, provocando diferentes reacciones de acuerdo con cada medicamento de consumo, generando lo que se llama hipersensibilidad a los medicamentos.

La hipersensibilidad se presenta como una serie de manifestaciones que son comunes cuando el medicamento se utiliza por primera vez, o bien, cuando se consumen dosis excesivas (sobredosificación), y con mayor incidencia cuando por deficiencias en el metabolismo (hígado y riñón) no se excretan con normalidad este tipo de sustancias. Estas manifestaciones conforman reacciones alérgicas con diferente sintomatología, entre las que se reconocen: Fiebres altas, erupciones cutáneas (urticaria), anemia, trombocitopenia o la agranulocitosis, pueden deberse a una hipersensibilidad adquirida asociada al desarrollo de anticuerpos específicos respecto al medicamento nocivo.

En este tipo de situaciones se opta inicialmente por la interrupción del tratamiento, sin embargo en ocasiones, a pesar de que se presenten reacciones adversas, es necesario para la vida del sujeto continuar con su administración, lo que por el contrario se puede hacer es tratar de manera habitual esta sintomatología independiente.

Es por ello que cada medicamento esta antecedido por diversos estudios y análisis, y trae a la par con su presentación una descripción detallada de efectos secundarios, indicaciones y contraindicaciones; su prescripción y ajuste de la dosis se hace de carácter individual, en la que se tiene en cuenta toda la historia clínica que compromete cada sujeto.

Pese a todo esto, no se puede afirmar que el consumo a largo plazo de psicofármacos desencadena necesariamente situaciones complejas como consecuencia, sino que todo esto se considera como una probabilidad que difiere según cada organismo y de cómo sea utilizada la prescripción de cada uno de los medicamentos.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El proyecto en cuestión es de tipo cualitativo y de carácter descriptivo, por la naturaleza del fenómeno que pretende estudiar y por los objetivos planteados.

El tema a analizar es la identificación de psicofármacos utilizados en personas con Retardo Mental que presentan deficiencias asociadas. Estos psicofármacos producen efectos inmediatos y secundarios en los sujetos que los consumen, lo que hace prioritario un acercamiento a realidades sobre: Cuales son los psicofármacos de consumo más frecuentemente. Cuál es el conocimiento que padres o encargados y profesores tienen sobre estos. No podemos olvidar que toda persona está inmersa en un contexto social particular, en el cual son determinantes infinidad de situaciones que singularizan el proceso personal. Es por ello que se hace necesario observar, describir y analizar la realidad de consumo y conocimiento que sobre psicofármacos tiene la comunidad educativa de la institución directamente involucrada y hogares de estas personas, para que se pueda dar inicio a la unificación de criterios que nos lleven a concretar propuestas para mejorar la calidad de vida de los sujetos en cuestión.

## **POBLACIÓN**

El proyecto se realizará con los alumnos con retardo mental moderado, de la Corporación Habilitemos, institución ubicada en el barrio Castilla, área metropolitana de la ciudad de Medellín.

La institución atiende una población de 67 personas, distribuidas en dos jornadas: En la jornada de la mañana 59 sujetos, población de adolescentes y adultos, en la jornada de la tarde, ocho sujetos, población de niños.

## **MUESTRA**

Se refiere a aquel segmento de la población total de la Institución, que además de tener como deficiencia de base el retardo mental moderado, presenta trastornos asociados con consumo de psicofármacos. Corresponde a un total de 20 personas y representan el 33.4% de la población total de la institución.

A continuación, se describen los elementos muestrales que se tuvieron en cuenta en la presente investigación:

Ver cuadro N°2

**CUADRO N° 2  
ELEMENTOS MUESTRALES**

SUJETO	EDAD	SEXO	NIVEL	JORNADA	DEFICIENCIA ASOCIADA
1	9	M	0	Tarde	Déficit atencional e hiperactividad Agresividad.
2	9	F	0	Tarde	Déficit Atencional
3	10	F	0	Tarde	Hiperactividad, agresión, rabia explosiva, epilepsia
4	13	M	0	Tarde	Hiperactividad
5	17	M	IIB	Mañana	Hiperactividad, crisis epilépticas
6	18	M	IIA	Mañana	Crisis epilépticas, agresión, rabia explosiva
7	18	M	IIA	Mañana	Comportamiento agresivo y autolesivos
8	21	F	I	Mañana	Crisis epilépticas
9	22	M	I	Mañana	Alucinaciones, comportamientos agresivos y

					autolesivos, masturbación.
10	22	M	IIA	Mañana	Epilepsia
11	24	M	IIIB	Mañana	Hiperactividad, insomnio, habla solo.
12	25	F	I	Mañana	Agresividad excesiva
13	25	M	I	Mañana	Insomnio
14	24	F	IIA	Mañana	
15	27	M	IIA	Mañana	Agresividad, rabia explosiva
16	30	M	IIB	Mañana	Crisis epilépticas
17	31	F	I	Mañana	Agresión, rabia explosiva, depresión (llanto continuo)
18	31	F	IIA	Mañana	Depresión
19	33	M	IIA	Mañana	Crisis epilépticas
20	38	M	IIIA	Mañana	Déficit atencional con Hiperactividad Agresividad y alucinaciones

La muestra contiene los siguientes elementos que corresponden a edad; la cual se encuentra entre los 9 y 38 años. Sexo; donde se encuentran ubicados 20 sujetos, de los cuales 13 son hombres y 7 son mujeres.

Niveles, que hace referencia al grado de escolaridad de estos alumnos y su ubicación dentro de la institución. Teniendo en cuenta que hay una jornada de la mañana y una jornada de la tarde.

Se describen las deficiencias asociadas que cada sujeto presenta y estas se ubican dentro del grupo de las deficiencias neurológicas y en el grupo de las deficiencias psíquicas relacionadas con trastornos comportamentales.

## **VARIABLES**

### **VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN Edad:**

Tiempo transcurrido desde el nacimiento, que se expresa en años para esta medición, se utiliza una escala de intervalos; siendo 4 en total, el tamaño de cada intervalo es de 10 años, donde se ubica de 1 a 40 años, así: 1 a 10 años, de 11 a 20 años, de 21 a 30 años y de 31 a 40 años.

### **Sexo:**

Condición orgánica que distingue el macho de la hembra.

**Nivel de Escolaridad:**

La Corporación Habilitemos cuenta con 6 niveles de educación:

Nivel 0 (o de estimulación) Nivel, Nivel IIA, Nivel IIB, Nivel MIA, Nivel DIB; en los que se desarrollan programas integrales de educación especial con base en las necesidades individuales de los alumnos y que tienden a proporcionar condiciones para un mejor estar social y humano.

El nivel 0 (cero) o de estimulación tiene ubicados a los sujetos menores de 14 años.

En los niveles I, IIA, IIB, MIA, IIB se ubican a los sujetos jóvenes y adultos, siendo el nivel I el más bajo cuyas características son de menores destrezas y habilidades; y siendo el nivel IIB donde se encuentran los alumnos que mejores posibilidades presentan en estos dos aspectos.

**Jornada**

Es el tiempo, diario en que los sujetos asisten a la institución.

La Corporación cuenta con dos jornadas; la de la mañana cuyo horario es de 8:30 a.m. a 12:15 p.m. y la jornada de la tarde, con un horario de 1:00 p.m. a 5:00 p.m.

**Deficiencias asociadas**

Se refieren a aquellas características del individuo, que además de presentar retardo mental moderado; estén presentes condicionando su propio desarrollo.

Una deficiencia es una pérdida o anormalidad de una estructura o función fisiológica o anatómica caracterizada por pérdidas o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes ante las que se incluyen la aparición de anomalías, déficit o pérdidas producidas en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo incluidos además los sistemas propios de la función mental.

**VARIABLE PRINCIPAL Consumo de****psicofármacos:**

Se entiende por psicofármacos. aquel grupo de medicamentos cuyo consumo afecta el sistema nervioso central, modificando la conducta del sujeto en lo referente a sensaciones, percepción, estado de ánimo, memoria, raciocinio y actividades psicomotoras.

El consumo de tales sustancias se convierte en la base del tratamiento necesario para atender los síntomas del trastorno específico.

Estos medicamentos son recetados por un médico especialista (neurólogo, psiquiatra), quien apoyado en las necesidades clínicas del paciente prescribirá una cantidad determinada (dosis), teniendo en cuenta la forma de reacción y asimilación en el organismo y de manera paulatina, irá adaptando esta dosis a su necesidad real.

Los efectos inmediatos que producen en el organismo el consumo de psicofármacos son entonces, las reacciones esperadas de control o disminución de la alteración de conducta, las cuales se presentan generalmente en períodos cortos de tiempo, luego de la ingestión del medicamento.

Los efectos secundarios son aquellas reacciones no esperadas en el organismo que surgen como consecuencia del consumo de psicofármacos que alteran el funcionamiento normal del mismo, provocando algunas manifestaciones de carácter temporal o permanente, las cuales aunque es importante tenerlas en cuenta, no desencadenan una problemática mayor.

El manejo v control del consumo de psicofármacos en las personas con retardo mental regularmente es asumido por personas diferentes al sujeto involucrado como son sus padres, maestros, hermanos o acudientes.

### **INSTRUMENTOS**

Los instrumentos tenidos en cuenta en esta investigación fueron dos entrevistas las cuales están dirigidas a los padres de familia o acudientes relacionados directamente con la población que actualmente atiende la Corporación Habilitemos y a los profesores de dicha Corporación.

Estas entrevistas tienen como principal objetivo el conocimiento, manejo y consumo de psicofármacos en jóvenes con Retardo mental que presentan deficiencias asociadas. Y se tuvieron en cuenta algunas condiciones para su aplicación

- La entrevista, es de carácter personalizado, tanto para padres de familia como para profesores.
- Las preguntas realizadas son cerradas facilitando una respuesta clara y directa.

- El contenido de estas entrevistas es de gran importancia. El consumo, efectos inmediatos, efectos secundarios y el conocimiento que se tengan de los psicofármacos.

Como se describió en la variable, la entrevista indaga sobre los siguientes aspectos:

**CUADRO N° 3 VARIABLES Y CRITERIOS DE MEDICIÓN**

**Variables de identificación**

VARIABLE	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	CRITERIOS DE MEDICIÓN
Sexo	Masculino Femenino		Observación, Hojas de vida de los alumnos.
Edad	1 - 10 11 - 20 21 - 30 31 - 40		Entrevista Hojas de vida
Nivel Escolar	0 I IIA IIB IIIA IIIB		Hojas de vida de los alumnos Entrevista Informes pedagógicos
Jornada	Mañana Tarde		Informe institucional Entrevista
Retardo Mental	Moderado		Diagnostico Medico Historia Clinica
Deficiencia Asociadas	Neurológicas Psíquicas		Neurólogo, Psiquiatra

## Variable Principal

VARIABLE	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	CRITERIOS DE MEDICIÓN
Psicomaco	1. Consumo	Psicofarmaco Dosis Horario Cantidad	1. Como se llama el Psicofarmaco 2. Que dosis fue recetada 3. Horarios de suministro 4. Cantidad diaria
	2. Persona que Medica	Neurólogo Psiquiatra Medico General	5. Quién receto los Psicofármacos.
	3. Efectos Terapéuticos	Manifestaciones Psiquiátricas  Deficiencias Neurológicas	6. Para qué fue recetado el Psicofarmaco. 7. Ha sido efectivo? 8. Sus efectos son inmediatos.
	4. Efectos Secundarios	Físicos Comportamiento Cognitivos	9. Ha notado cambios físicos 10. Ha notado cambios en el comportamiento. 11. Ha notado cambios en el desempeño de actividades cotidianas.
	5. Manejo y control	Padres Personas responsables	12. Quién se encarga de suministrar los psicofármacos. 13. Dónde recibe atención médica el joven. 14. Cada cuanto asiste a control: médico, neurológico, psiquiátrico. 15. Donde compra los psicofármacos. 16. Qué costo mensual tiene.
	6. Conoci-miento de los padres	Padres Personas responsables	Según las respuestas anteriores ítems del 1 al 16.
	7. Conoci-miento de maestros	Consumo  Efectos Terapéuticos  Efectos Secundarios	1. Cuántos alumnos de su grupo consumen psicofármacos. 2. Descripción: Nombre alumno, diagnostico, psicofármacos, dosis, horario. 3. Para qué fue recetado el Psicofarmaco. 4. Reconoce efectos secundarios.

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

El instrumento elaborado para la recolección de datos, fue aplicado a todos los alumnos

de la **CORPORACION HABILITEMOS;**

encontrándose que son 20 sujetos, quienes consumen de manera constante psicofármacos.

Por lo tanto el análisis de resultados que a continuación se presenta, considera las características que presentan estos 20 sujetos (muestra).

Los padres de familia y/o acudientes, fueron quienes dieron respuesta a los ítems del instrumento, por ser ellos los encargados del manejo, control y suministro de los medicamentos a los sujetos, por lo tanto como aspecto final en este análisis se evalúa el conocimiento de los padres en estos aspectos.

**Análisis de resultados de las variables de identificación:**

**CUADRO N° 4**

**Edad:**

EDAD	N° SUJETOS	%
1 a 10 años	4	20
11 a 20 años	3	15
21 a 30 años	9	45
31 a 40 años	4	20
TOTAL	<b>20</b>	<b>100</b>

El intervalo de edad de la muestra es de 10 años, encontrándose un mayor porcentaje en el rango de los 21 a 30 años, lo que representa el 45% del total de la muestra.

**CUADRO N° 5**

**SEXO:**

SEXO	N° DE SUJETOS	%
Masculino	13	65
Femenino	7	35

De esta muestra 13 son hombres, correspondientes al 65% de la muestra, y 7 son mujeres equivalentes al 35 % de la misma.

**NIVEL ESCOLAR:** **CUADRO N° 6**

NIVEL	JORNADA		%
	Mañana	Tarde	
0		4	20
I	5		25
IIA	7		35
IIB	1		5
IIIA	1		5
IIIB	2		10

El nivel que cuenta con un mayor número de sujetos de esta muestra pertenecen al nivel IIA con un promedio del 35% equivalente a 7 alumnos.

El nivel I, cuenta con 5 sujetos, que representan el 25% de ésta.

El nivel 0 o de aprestamiento básico están ubicados 4 sujetos, equivalentes al 20% de la muestra total.

En el nivel IIB se encuentran 2 sujetos, que representan el 10% de la muestra.

En los niveles IIB y IIIA cuentan cada uno, con un sujeto representado cada uno el 5% de la muestra total.

Igualmente de la muestra total, 16 sujetos están ubicados en la jornada de la mañana, equivalentes al 80%, y los 4 sujetos restantes pertenecen a la jornada de la tarde, lo que representa el 20% de la muestra total.

CUADRO N° 7 DEFICIENCIAS ASOCIADAS

DEFICIENCIAS	TRASTORNO	MANIFESTACION	SUJETO																		TOTAL		
			1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.		19.	20.
DEFICIENCIAS PSIQUICAS	Trastornos del estado de animo	Depresión			x							x	x		x			x	x			6	
		Ansiedad														X							1
		Obsesivo - compulsivo														X							1
	Trastornos del sueño	Insomnio										x		x									2
		Hipersomnía																					
		Parasomnía																					
	Déficit atencional	Con hiperactividad	x	x																			2
		Sin hiperactividad			x	x	x						x			x	x				x	x	8
	Trastornos del comportamiento	Agresividad	x	x	x	x		x	x	x	x			x			x		x	x		x	13
		Aislamiento																					
		Rabietas, pataletas								X													1
		Instigar a otros																					
		Autoestimulación									X												1
		Comportamientos autolesivos				x					X												2
	Trastornos severos de la personalidad	Alucinaciones						x	x	x												X	4
		Llanto continuo				x				x									X				3
		Risas sin motivo										x			X								2
		Hablar solo										X											1
	DEFICIENCIAS FISICAS	Neurológicas	Epilepsia			x		x	x		x							x				x	7

El cuadro indica que la deficiencia asociada que presenta mayor incidencia en los sujetos de la muestra, dentro de las deficiencias psíquicas son las relacionadas con los trastornos de comportamiento; entre ellos se encuentra la agresividad, presente en 13 de los sujetos. El déficit atencional sin hiperactividad, manifestado en 8 de ellos y el déficit atencional con hiperactividad en 2 de los sujetos de la muestra.

Los trastornos del estado de ánimo, se presenta en 6 de los sujetos de la muestra, cuya manifestación principal es la depresión.

Los trastornos severos de la personalidad, conforman las deficiencias asociadas que aunque presentan menor incidencia, todas están manifestadas en diferentes sujetos de la muestra. Las alucinaciones se observan en 4 de los sujetos, el llanto continuo en 3, las risas sin motivo están representadas por un sujeto, y hablar solo, está en 1 sujeto.

Los trastornos del sueño, son las deficiencias asociadas que menor representatividad tienen en los sujetos de la muestra, presentándose solo en dos de los sujetos, siendo el insomnio su principal manifestación.

Dentro de las deficiencias físicas, cuyo compromiso son de carácter neurológico, se ubica la epilepsia como deficiencia principal, encontrándose en los sujetos de la muestra una alta proporción, representada en 7 de ellos.

De los sujetos de la muestra, 3 tienen asociada a su retardo mental una sola deficiencia, dos de los cuales su deficiencia asociada es la Epilepsia.

9 sujetos presentan dos deficiencias asociadas, siendo el trastorno del comportamiento, la característica común en los 9.

3 sujetos presentan tres deficiencias asociadas, en la misma proporción del trastorno de comportamiento como deficiencia asociada.

5 sujetos tienen asociadas más de tres deficiencias, teniendo presentes una o más de las manifestaciones clasificadas como trastornos del comportamiento.

**CUADRO N° 8****ANALISIS DE LA VARIABLE PRINCIPAL: psicofármacos**

Nombre del psicofármaco, sujeto que lo consume, dosis,

horario y tiempo de consumo.

PSICOFARMACO	Mg	SUJETO	DOSIS DIARIA	EQUIVALENTE Mg/día	HORARIO	TIEMPO CONSUMO	D
	200	3	2	400	(1) 7 a.m. (1) 7 p.m.	3 meses	
	400	5	4	1600	(1) 7 a.m. (1) 1 p.m. (1) 7 p.m. (1) 10 p.m.	1 año	
	200	6	2	400	(1) 8 a.m. (1) 7 p.m.	1 año y 8 meses	
	200	7	2	400	(1) 7 a.m. (1) 5 p.m.	4 meses	
	200	8	1	200	(1) 2 p.m.	1 mes	
	200	9	2	400	(1) 7 a.m. (1) 7 p.m.	1 año	
	200	10	5	1000	(2) 6 a.m. (2) 2 p.m. (1) 10 p.m.	10 años	
	200	17	1	200	(1) 7 a.m.	3 años	
	200	19	4	800	(1) 7 a.m. (1) 1 p.m. (2) 7 p.m.	5 años	
<b>TOTAL</b>	9						
<b>SINOGAN</b>	1	3	10 Gotas	10	(5g) 7 a.m. (5g) 1 p.m.	<b>3 meses</b>	
	25	11	1/2 Pastilla	25	(1/2) 6 a.m.	<b>1 año</b>	
	25	13	1 Pastilla	25	(1) 7 a.m.	<b>1 año</b>	
	25	14	1/2 Pastilla	25	No se le suministra		
<b>TOTAL</b>	4						
<b>NEULEPTIL</b>	10	12	2 Pastillas	20	(1) 7 a.m. (1) 5 p.m.	5 años	

HALOPI-DOL	10	11	1/4 pastillas	10	1/4 9 p.m.	1 año
	5	14	3 pastillas	15	No se la administran	
	5	18	1 pastilla	5	(1) 7 a.m.	1 año
TOTAL	3					
EPAMIN	100	15	1 Pastilla	100	(1) 7 a.m.	14 años
	100				(1) 7 a.m. (1) 1 p.m. (1) 7 p.m.	5 años
TOTAL	2	19	3 Pastilla	300		
FENO-BARBITAL		8	1 Pastilla	100	(1) 2 P.M.	1 año
		16	1 pastilla	100	(1) 7 p.m.	25 años
HIDERAX		4	3 Cucharadas	75	(1) 8 a.m. (1) 12 m (1) 7 p.m.	2 meses
	TOTAL	2	14	2 pastillas	No se la administran	
MELERIL		1	2 Cucharadas	50	(1) 9 a.m. (1) 12 m	2 años
TOTAL	1					
TRIPTANOL		9	1 Pastilla		(1) 7 p.m.	1 año
TOTAL	1					
AKINETON		17	2 Pastillas	4	(1) 7 a.m. (1) 7 p.m.	3 años
TOTAL	1					
NEURONTIN		5	4 patillas	800	(1) 7 a.m. (1) 1 p.m. (1) 7 p.m. (1) 10 p.m.	1 año
TOTAL	1					
RITALINA		2	1/2 Pastilla		(1/2) 12:45 m	9 meses
TOTAL	1					
TERALITE		6	2 Patillas	600	(1) 8 a.m. (1) 7 p.m.	1 año y 8 meses
TOTAL	1					
LARGARTIL		6	1 Pastilla	200	(2) 5 p.m.	1 año y 8 meses
TOTAL	1					
FENERGAN		18	1 pastilla	25	(1) 7 p.m.	1 año
TOTAL	1					

TR1T1CO		18	1 Pastilla	50	(1) 7 p.m.	1 año
TOTAL	1					

El Psicofármaco de mayor consumo es la carbamazepina que corresponde a un total de 9 sujetos, de los cuales 8 la consumen en presentación de 200 mg, y sólo una presentación de 400 mg El consumo diario en dosis es:

1 sujeto consume 5 patillas que equivalen a 1000 mg 1 sujeto consume 4 patillas que equivalen a 800 mg 1 sujeto consume 3 patillas que equivalen a 600 mg 1 sujeto consume 2 patillas que equivalen a 400 mg 1 sujeto consume 1 patillas que equivalen a 200 mg El horario de consumo de este psicofármaco está comprendido entre las 7 a.m., 2 p.m. y 7 p.m., teniendo en cuenta que dos sujetos también consumen psicofármaco a las 10 p.m. además son los únicos sujetos en que su dosis se encuentra entre 1000 mg y 1600 mg diarios. El tiempo de consumo de este revela que: 2 sujetos hace más de 5 años lo consumen (5-10 años) 4 sujetos llevan consumiendo de 1 a 3 años y 3 sujetos hace menos de 1 año consumen este psicofármaco.

El segundo psicofármaco de mayor consumo es el sinogán con un total de 4 sujetos, de los cuales 3 ingieren pastillas de 25 mg y 1, gotas de 10 mg 1 sujeto su horario de suministro es en la mañana y en la noche y 2 sujetos su horario de suministro es solamente antes de las 7 de la mañana.

El tiempo que llevan consumiendo este psicofármaco se encuentra entre 3 meses y un año.

Los psicofármacos encontrados en tercer lugar, en cuanto a consumo, son el Neuleptil y Halopidol, con tres sujetos cada uno, siendo el primero consumido en dosis diarias de 2 pastillas de 20 mg en los horarios de 7 a.m. y 7 p.m. con un tiempo de 1 a 5 años.

El segundo es consumido en dosis de 5, 10 y 15 mg respectivamente horarios de la noche con un tiempo de consumo de un año.

El Epamín lo consumen 2 sujetos en pastillas de 100 mg que equivale a 1 pastilla, en horarios de mañana, medio día y noche. El tiempo de consumo es de 5 y 14 años.

Así mismo el Fenobarbital y el Hiderax son consumidos por dos sujetos respectivamente. El Fenobarbital en pastillas de 100 mg diarios, suministrado este en horarios de 2 p.m. y 7 p.m. Uno de los sujetos hace 25 años lo consume, otro hace 1 año.

El Hiderax se suministra en dosis diarias de 3 cucharadas de 25 mg cada una y en pastillas de 50 mg cada una, el sujeto que consume 3 diarias lo hace mañana, medio día y tarde desde hace 2 meses. Y el sujeto que toma 2 pastillas de 50 mg le ha sido suspendido por criterio familiar.

Los siguientes psicofármacos son consumidos por un solo sujeto lo que no permite comparación de la información. Las dosis, miligramos y horarios responden según la necesidad individual de cada uno.

Los psicofármacos son: Meleril, Triptanol, Akineton, Neurontin, Ritalina, Teralite, Largartil, Fenegan y Tritico.

El número de psicofármacos consumidos por sujeto es:

10 consumen un solo psicofármaco, 6 consumen 2 psicofármacos y 4 sujetos consumen 3 psicofármacos.

Estos psicofármacos se clasifican en:

Anticonvulsivos como: Carbamazepina, Epamin, Fenobarbital,

Teralite y Neurontin con un total de 12 sujetos que lo consumen.

Neurolepticos como: Meleril, Neuleptil, Sinogan, Halopidol, Triptanol y Largartil los cuales son consumidos por 11 sujetos.

Antihistaminicos como: Hiderax, Fenegan, os cuales son consumidos por 3 sujetos.

**Antiparkinsonianos como: Akineton el cual lo consume un solo sujeto.**

Antidepresivos como: EL Triticó también es consumido por un solo sujeto.

Así mismo los Psicoestimulantes como la Ritalina que igualmente es consumido por un sujeto.

## CUADRO N° 9

### PERSONA QUE MEDICA

ESPECIALISTA	N° SUJETOS	PORCENTAGE
Neurólogo	14	70
Psiquiatra	4	20
Medico General	2	10
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

El cuadro indica que 14 sujetos son atendidos por el Neurólogo en la prescripción de los psicofármacos. El número corresponde al 70 % de la muestra.

Los sujetos que son atendidos por el psiquiatra, son 4 y representan el 20 % de los sujetos muestra.

El 10% restante de los sujetos son atendidos por el médico general, siendo este, quien receta los psicofármacos, equivalente a 2 sujetos.

**CUADRO N° 10 EFECTOS TERAPEUTICOS Síntomas para los que se prescriben los psicofármacos**

SINTOMAS	SUJETOS																				TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Alucinaciones							x		x		x									x	4
Déficit Atencional con hiperactividad	x	x																			2
Agresividad Excesiva	x		x			x	x		x		x				x		x			x	9
Comporta. Autolesivos							x														1
Déficit de Atención sin hiperactividad			x	x	x						x			x	x				x	x	8
Depresión											x							x			2
Insomnio													x								1
Crisis Epilépticas					x	x		x		x						x			x		6
Llanto continuo																	x				1
Masturbación									x												1
Risas. Habla solo											x										1

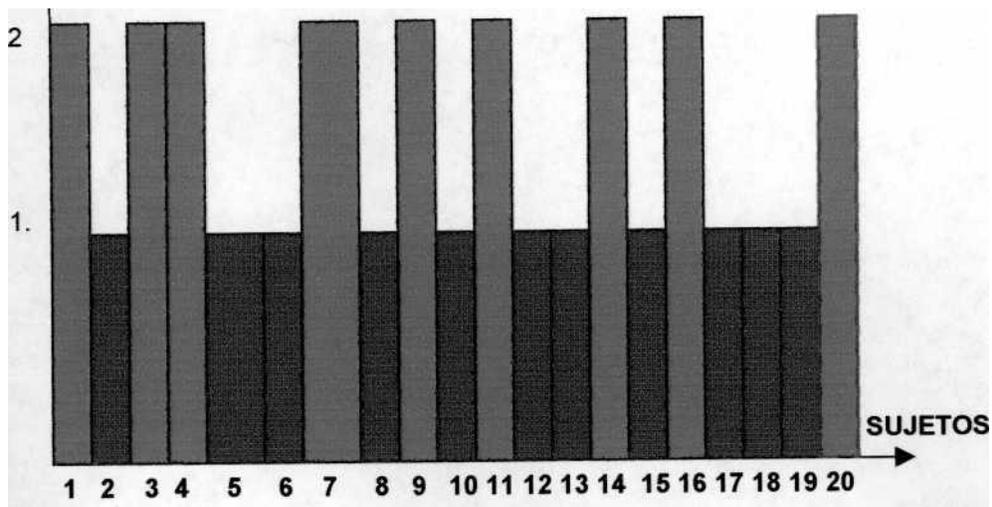
Los psicofármacos que mayor prescripción presentan, son aquellos utilizados para controlar las manifestaciones agresivas, contando con 9 sujetos de la muestra.

El déficit de atención sin hiperactividad, está presente en 8 de los sujetos de la muestra, que consumen psicofármacos.

Las crisis epilépticas que requiere control psicofarmacológico están presentes en 6 de los sujetos.

Las alucinaciones, es un síntoma presente en 4 de los sujetos de la muestra.

Las demás deficiencias como: Déficit atencional con hiperactividad, la depresión, el llanto continuo, masturbación y las risas sin motivo, están presentes en un menor número de sujetos de la muestra.

**GRAFICO N° 1 EFECTOS INMEDIATOS TIEMPO/ HORAS**

Se toma como efecto inmediato al hecho de que el psicofármaco actúe en el comportamiento o manifestación del sujeto en un lapso de tiempo de una hora.

11 sujetos de la muestra presentan efectos inmediatos, representados por el 55% y 9 sujetos donde sus efectos no son inmediatos representando así el 45%

**CUADRO N° 11****EFECTOS DE LOS PSICOFARMACOS SEGÚN EL TIEMPO DE CONSUMO**

HA SIDO EFECTIVA	N° SUJETO	PORCENTAJE
Sí	16	80
No	4	20
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Para el 80% de los sujetos los resultados son efectivos mediante el consumo de psicofármacos.

Sin embargo para el 20% son poco efectivos, porque aún presentan en forma esporádica las manifestaciones sintomatológicas, o sea que el psicofármaco no ofrece un control total.

#### CUADRO N° 12 EFECTOS SECUNDARIOS Cambios físicos

CAMBIOS FISICOS	SUJETOS																				TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Sudación excesiva		x	x		x					X	x		x		x			x	x	x	10	
Salivación excesiva			x		x	x	x	x	x	X		x	x	x	x	x		x	x		14	
Somnolencia	x		x			x	x	x	x		x		x	x				x	x		x	12
Labios Resecos																					x	1
Piel escamosa																						0
Dientes deteriorados			x																			1
Incontinencia urinaria				x																		1
Inapetencia				X																		1
Brotos en la piel					x			x		x												3

Los efectos secundarios que se presentan con mayor frecuencia en

los sujetos, tras el consumo de psicofármacos son: La salivación excesiva, presente en 14 de los sujetos, la somnolencia, manifestación constante en 12 sujetos y la sudación excesiva que se presenta en 10 de los sujetos los demás efectos secundarios, cuyas manifestaciones son de carácter físico, se presentan aunque con menor incidencia en todo el grupo muestra.

**CUADRO N° 13  
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO**

CAMBIOS DEL COMPORTAMIENTO	SUJETOS																				TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Inestabilidad Motriz	x	x	x	x	x				x		x	x	x	x			x	x	x	x	14
Irritabilidad	x	x	x	x	x			x	x	x	x						x		x	x	12
Cansancio físico frecuente	x					x	x	x					x	x	x	x	x		x		10

Los efectos secundarios, que se desencadenan como cambios en el comportamiento de los sujetos, son de tres tipos:

La inestabilidad motriz, presente en 14 sujetos, la irritabilidad, característica constante en 12 de los sujetos y el cansancio físico frecuente en 10 de los sujetos.

**CAMBIOS EN FUNCIONES BASICAS DE APRENDIZAJE**

Los cambios en las funciones básicas de aprendizaje, están definidas según la forma actual como se presentan, teniendo en cuenta su estado inicial, antes del consumo de psicofármacos, calificándolas así

**CUADRO N° 14 CAMBIOS EN FUNCIONES BÁSICAS DEL APRENDIZAJE**

FUNCIONES BÁSICAS	MEJORA		DISMINUYE		PERMANECE	
	N° SUJETO	%	N° SUJETOS	%	N° SUJETOS	%
Atención	9	45	5	25	6	30
Memoria	8	40	5	25	7	35
Seguimiento de instrucciones	16	80	3	15	1	5
Continuidad en ejecución de tareas	14	70	5	25	1	5
Ejecución de acciones	9	45	10	50	1	5

Los cambios en las funciones básicas de aprendizaje, están

definidas según la forma actual como se presentan, teniendo en cuenta su estado inicial, antes del consumo de psicofármacos, calificándolas así:

Mejora: Cuando estas funciones han posibilitado un mejor desempeño.

Disminuye: Cuando estas funciones están en desventaja, comparada con su estado inicial (antes del consumo de psicofármacos)

La atención en el 45% de los sujetos, se considera que ha mejorado, por su parte en un 25% se encuentra disminuida esta función, y permanece en un 30% en los que la atención no ha sufrido ningún cambio, ni a favor, ni en desventaja.

La memoria ha mejorado en el 40% de los sujetos, se encuentra disminuida en el 25% de ellos y permanece en el 35% de los sujetos. El seguimiento de instrucciones, es un proceso que ha mejorado en el 80% de los sujetos, el 15% ha disminuido y solo en el 5% (lo que equivale a 1 sujeto) ha permanecido sin modificación.

El 70% de los sujetos presenta continuidad, en la ejecución de tareas, para el 25% esta situación presenta dificultades y el 5% no presenta alteraciones tras el consumo de los psicofármacos.

La ejecución de las acciones, el 45% las realiza de manera rápida, el 50% de los sujetos, presentan respuestas lentas y el 5% (1 sujetos) la ejecución de acciones no se ve modificada.

## MANEJO Y CONTROL DE LOS PSICOFARMACOS

### CUADRO N° 15

#### Persona encargada del suministro de psicofármacos

QUIEN LO SUMINISTRA	N° SUJETOS	PORCENTAJE
El propio sujeto	2	10
La mamá	14	10
Otra persona	4	20

La persona encargada de suministrar diariamente los psicofármacos al sujeto, en el 70% de los casos, es la

## INSTANCIA ATRAVES DE LA CUAL SE RECIBE ATENCION MEDICA

INSTITUCION	N° SUJETOS	PORCENTAJE
Instituto de Seguro Social	8	40
Centro Neurológico de Antioquía	4	20
Sisben	3	15
E.P.S.	3	15
No	2	10
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

El 40% de los sujetos de la muestra, son beneficiarios del Instituto de Seguro Social **(I.S.S.)**, siendo ésta la entidad en la que reciben atención médica.

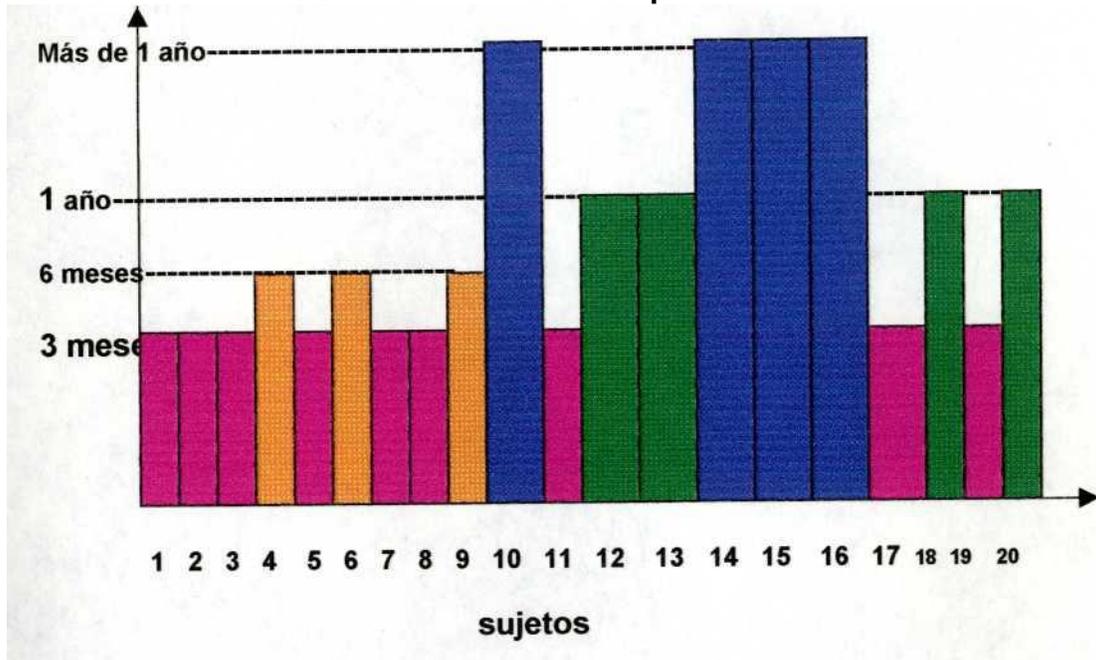
El 20% de los sujetos, recibe atención en el Instituto Neurológico de Antioquía **(Liga Contra la Epilepsia)**

El 15% están beneficiados bajo el Régimen Subsidiado de Salud **(Sisben)** entidad que les ofrece el servicio de salud.

El 15% se encuentran 3 sujetos, afiliados a entidades privadas de salud **(E.P.S.)** donde son atendidos en servicios de salud.

Y el 10 % restante de los sujetos de la muestra, no tienen definido ninguna entidad prestadora de los servicios de salud.

**GRAFICO N° 2**  
**PERIORIZIDAD EN EL CONTROL MEDICO Tiempo**



9 sujetos asisten a control periódico cada 3 meses

3 sujetos asisten a control periódico cada 6 meses

4 sujetos asisten a control periódico cada 12 meses

3 sujetos reciben atención médica esporádicamente con espacios de un año o más entre un control y otro.

**CUADRO N° 17****COSTO MENSUAL DE LOS MEDICAMENTOS A 1998**

COSTO	N° SUJETOS	PORCENTAJE
Hasta \$ 5.000	7	35
Hasta \$ 15.000	5	25
Hasta \$ 30.000	3	15
Mas de \$ 30.000	1	5
I.S.S.	3	15
No se le suministra	1	5

Para el 35% de los sujetos de la muestra, el costo mensual de los psicofármacos no excede a \$ 5.000 (cinco mil pesos).

El 25% tiene un tope máximo de \$ 15.000 (quince mil pesos) para la compra mensual de los psicofármacos.

Para un 15%, lo que equivale a un sujeto el costo de los psicofármacos tiene un promedio de hasta \$ 30.000 (treinta mil pesos) mensuales.

Sólo el 5%, lo que equivale a un sujeto el costo de los psicofármacos en promedio mensual excede de más de \$ 30.000 (treinta mil pesos). Para el 15% restante de los sujetos de la muestra; los psicofármacos son suministrados por el **I.S.S.** (Instituto de Seguro Social) sin costo adicional.

**CUADRO N° 18****LUGARES DONDE SE ADQUIEREN LOS PSICOFARMACOS**

LUGAR	N° SUJETOS	PORCENTAJE
Farmacia	15	75
Instituto Neurológico de Antioquía	2	10
I.S.S	3	15

El 75% de los sujetos compran los psicofármacos en diversos establecimientos como farmacias.

En un 15% de los sujetos, los psicofármacos son suministrados por el Instituto de Seguro Social (**I.S.S.**), y un 10% de los sujetos de la muestra adquieren los psicofármacos directamente en el Instituto Neurológico de Antioquía (Liga contra la Epilepsia).

**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PADRES**

Los criterios que se utilizaran para recoger esta información, están basados a partir de la forma en que los padres o acudientes de los sujetos, dieron respuesta, a las preguntas directas utilizadas en la entrevista.

Calificando esta información en **Clara**: Cuando se dieron respuestas, acertadas, precisas y de forma segura, y otorgando un segundo nivel de calificación en **Imprecisa**: a aquellos en que sus respuestas fueron poco acertadas, demostrando inseguridad, y afirmando no saber responder obteniéndose los siguientes resultados:

**CUADRO N° 19**

FORMA DE RESPUESTA	N° SUJETOS	PORCENTAJE
Clara	10	50
Imprecisa	10	50

Para el 50% de los padres o acudientes; la información sobre manejo, control y suministro de psicofármacos es clara.

Pero para el 50% de ellos, la información que poseen sobre estos aspectos, se tornó imprecisa.

## **CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS MAESTROS SOBRE EL CONSUMO DE PSICOFARMACOS**

En la Corporación Habilitemos, funcionan 6 niveles de escolaridad, en los que se ubican todos los alumnos, inscritos en ella.

Para la atención de cada uno de estos niveles se encuentran designados uno o máximo dos docentes (practicantes).

La entrevista realizada, fue dirigida a 7 docentes (practicantes) con el fin de determinar el conocimiento que estos poseen sobre el manejo, control y suministro de psicofármacos, que consumen los alumnos de su grupo.

### **CUADRO N° 20**

#### **CONSUMO DE PSICOFARMACOS**

Cuantos alumnos de su grupo consumen psicofármacos:

<b>FORMA DE RESPUESTA</b>	<b>N° SUJETOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Acertada	4	57%
Imprecisa	3	43%

El 57% de los docentes identifican cuáles alumnos de su grupo consumen psicofármacos.

El 43% restante, respondió de modo impreciso, identificando algunos de los alumnos que consumen psicofármacos.

**CUADRO N° 21****DIAGNOSTICO, NOMBRE DE PSICOFÁRMACO, DOSIS Y****HORARIOS**

FORMA DE RESPUESTA	N° SUJETOS	PORCENTAJE
Acertada	2	28
Imprecisa	5	72

El 72% de los docentes dieron respuestas imprecisas, frente a aspectos como: diagnóstico, nombre de psicofármaco, dosis de suministro, en los alumnos de su grupo.

Se tiene mayor conocimiento en los aspectos: diagnóstico y nombre de psicofármacos, y poca precisión en cuanto a dosis y horarios de suministro.

El 28% de los docentes respondió de manera acertada dando cuenta de los aspectos mencionados.

**EFFECTOS TERAPEUTICOS**

¿Para qué fue recetado el psicofármaco?

**CUADRO N° 22**

FORMA DE RESPUESTA	N° SUJETOS	PORCENTAJE
Acertada	2	28
Imprecisa	5	72

El 72% de los docentes, desconocen para qué fueron recetados los psicofármacos.  
El 28% de ellos responde acertadamente a tal pregunta.

**EFFECTOS SECUNDARIOS**

¿Reconoce efectos secundarios que produce el consumo de estos psicofármacos?

**CUADRO N° 23**

FORMA DE RESPUESTA	N° SUJETOS	PORCENTAJE
Acertada	1	14
Imprecisa	6	86

El 14%, que equivale a un docente, reconoce los efectos secundarios que produce el consumo de psicofármacos en los alumnos de su grupo.

El 86% restante, desconoce cuales son esos efectos.

## **INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS**

La Corporación Habilitemos, ofrece programas de Educación Especial a niños, jóvenes y adultos con retardo mental moderado; teniendo mayor prioridad por ofrecer sus servicios a los adolescentes y adultos. Por esta razón, en los sujetos muestra; se presenta un mayor porcentaje en personas adultas entre los 21 y 30 años, representando el 45% de la muestra total.

La muestra total se compone de 20 sujetos, de los cuales 13 son hombres y 7 mujeres, 6 de los hombres estén en el intervalo de edad entre los 21 y 30 años. Los niveles escolares con los que cuenta la institución tiene un promedio de 10 - 12 alumnos en cada uno. En el nivel IIA esta el mayor número de sujetos que consumen psicofármacos, este nivel ubica a 11 sujetos, de los cuales 7 son de la muestra.

De estos 7, 5 son hombres.

En el nivel 0, de aprestamiento hay un total de 9 sujetos, de los cuales 4 consumen psicofármacos, lo que equivale a un 45% de esta población.

Dentro del trastorno del comportamiento el más representativo es la agresividad, siendo los niveles 0, I y IIA los que cuentan con mayor número de sujetos que la manifiestan.

La característica principal de estos niveles es que las habilidades de comunicación, independencia, autonomía e interacción social son los más bajos.

La epilepsia es una deficiencia asociada que presenta una alta incidencia en los sujetos, para su control se prescribe comúnmente psicofármacos como: Carbamazepina con un consumo total en 9 sujetos; de estos nueve cuatro sujetos consumen al mismo tiempo un segundo anticonvulsivo; así un sujeto consume epamin solamente, otro theralite, otro neurontin y el otro fenobarbital y, 1 sujeto fenobarbital, para un total de 11 sujetos, los que significa que el 55% de la muestra consume psicofármacos anticonvulsivos.

La carbamazepina es una sustancia genérica, que se encuentra en el mercado con nombres como: tegretol, vulsivan y carbamazepina. El déficit atencional sin hiperactividad se ubica dentro de las deficiencias psíquicas y, presenta un alto grado de incidencia en la muestra, con una cifra de 8 sujetos. De estos ocho, dos son niños y seis se encuentran entre adolescentes y adultos.

De estos ocho sujetos, sólo tres toman un psicofármaco, el resto consume más de uno.

Siete sujetos consumen neurolépticos, cuatro anticonvulsivos, tres antihistaminicos y uno antidepresivos.

El trastorno del estado del ánimo conocido como depresión, cuenta con 6 sujetos de la muestra, de los cuales uno es un niño y cinco se encuentran entre adolescentes y adultos. Todos consumen neurolépticos como. Neuleptil sinogan y halopidol; además, dos requieren de un Anticonvulsivo como lo es la carbamazepina, dos consumen antihistaminicos como hiderax y fenergan, uno un antiparkinsoniano como el akineton y, uno un antidepresivo como el trítico.

Las alucinaciones hacen parte de los trastornos severos de la personalidad manifestada por 4 sujetos entre adolescentes y adultos. Tres sujetos consumen neurolépticos y dos anticonvulsivos, de los cuáles uno de los que consume anticonvulsivos hace parte de los neurolépticos.

Entre los trastornos del ánimo (ansiedad, obsesivo compulsivo), los trastornos del sueño (Insomnio), los trastornos del comportamiento (Déficit atencional con hiperactividad, rabietas y pataletas, autoestimuiación, comportamientos autolesivos), os trastornos severos de la personalidad (llanto continuo, risas sin motivo, hablar solo), que pertenecientes a las deficiencias psíquicas 1,2 o 3 sujetos presentan estas deficiencias.

Dentro de los trastornos del sueño se encontró que ningún sujeto manifiesta Hipersonmnia y Parasomnia, así mismo en los trastornos del comportamiento ningún sujeto presento conductas de aislamiento o de instigar a otros.

En el abordaje de las diferentes patologías que presenta la muestra, hay que tener en cuenta un aspecto de suma importancia como es el efecto que producen los psicofármacos en los sujetos. Estos efectos pueden ser Inmediatos y Secundarios; además hay que sopesar los efectos de los psicofármacos según el tiempo de consumo.

En la información recogida se encontró que la mitad de la muestra más uno da cuenta de la efectividad del psicofármaco que consume, siendo los efectos terapéuticos (síntomas para los que se prescriben los psicofármacos) realmente tratados y controlados con acierto, en un lapso de tiempo corto. Así mismo se constató que los efectos de los psicofármacos según el tiempo de consumo han sido notoriamente efectivos, ya que el 80% de la muestra, 16 sujetos, presentan estabilidad y, en algunos casos mejoría en las habilidades comunicativas, de independencia de autonomía y de interacción social.

Para los sujetos restantes se presentan más de dos horas para que haga efecto el psicofármaco y se cataloga como efectos no inmediatos, se pudo constatar que en un caso, el o los psicofármacos no se suministran por criterio familiar, que en otro caso el psicofármaco fue cambiado por prescripción médica y el segundo psicofármaco no ha sido efectivo como sí lo era el primero, además en un tercer caso la manera como se le suministra el psicofármaco es inconstante. Todo ello da pie para reconocer que en los casos en que el manejo, control y suministro de psicofármacos sean acordes con las indicaciones profesionales, el psicofármaco es efectivo.

El consumo de psicofármacos, trae consigo una serie de reacciones producidas en el organismo, que se catalogan como efectos secundarios, estos se clasifican en efectos a nivel físico, a nivel de comportamiento y a nivel de las funciones básicas del aprendizaje. Los cambios físicos entre los cuales se encuentran: La salivaefóRT y sudación excesiva, y la somnolencia, tienen una proporción constante en los sujetos de la muestra; al mismo tiempo se presentan aunque en menor grado efectos como: Brotes en la piel, la inapetencia, la incontinencia urinaria, la dentadura deteriorada y la piel escamosa.

Los efectos secundarios, que involucran el nivel comportamental, tienen de igual modo una alta incidencia de sus manifestaciones en los sujetos de la muestra, teniendo gran representatividad los efectos como: Inestabilidad motriz, irritabilidad y el cansancio físico

frecuente; lo que hace que estos efectos sean constantes, y que hagan parte de su interacción cotidiana, teniendo en cuenta que estos no tienen un compromiso directo con sus deficiencias asociadas.

Las funciones básicas de aprendizaje, como son: La atención, la memoria, el seguimiento de instrucciones, la continuidad en la ejecución de tareas y acciones, resultan ser las menos afectadas tras el consumo de los psicofármacos, debido a que se observan respuestas muy positivas en los sujetos al evaluarlos.

La función de mejor desempeño, es el seguimiento de instrucciones presentando un buen nivel en el 80% de los sujetos, sin embargo, la ejecución de acciones, presenta cambios muy significativos, relacionados con su forma de respuesta, teniendo para el 50% de los sujetos lentitud en su realización.

Esta "lentitud" es producto, de los efectos secundarios de los psicofármacos, porque como se ha mencionado claramente, este tipo de sustancias tienen su acción directa sobre el sistema nervioso central provocando alteraciones motrices a nivel de los reflejos.

El manejo, control y suministro de estos psicofármacos, no son ejercidos directamente por el sujeto que lo consume, por el contrario en el 90% de los casos es la madre o un acudiente quien se encarga de ello.

Los sujetos muestra, son atendidos, para la prescripción de tales medicamentos por especialistas como el neurólogo y el psiquiatra, en el 90% de los casos; sólo un 10% lo que equivale a 2 sujetos, su prescripción psicofarmacológica es realizada por el médico general. Estos resultados indican, que las deficiencias asociadas que presentan este tipo de sujetos (muestra) requieren generalmente de la atención de médicos especialistas, atención a la que se llega, luego de una remisión realizada por el médico general, quien a partir de la evaluación de

la historia clínica del sujeto, de las observaciones

de su familia y del seguimiento pedagógico, recoge los elementos necesarios para su realización.

Esta atención es ofrecida a cada sujeto, según las diversas instancias prestadoras de servicios en salud, tales como: El Instituto de Seguro Social (I.S.S.), el Instituto Neurológico de Antioquía (Liga Antioqueña contra la Epilepsia), el Régimen Subsidiado de Salud (Sisben) y Entidades Privadas de Salud (E.P.S.).

El 75% de los sujetos de la muestra, se ubican como beneficiarios de las instancias prestadoras de estos servicios, así:

Al I.S.S.

pertenecen el 40%, al Instituto Neurológico de Antioquía el 20% y al SISBEN el 15%.

Un 15% de la muestra, se encuentra en calidad de beneficiario, pero que están ubicados en diferentes Entidades Privadas de Salud (E.P.S.) afiliación que requiere del pago mensual y sólo un 10% de estos sujetos, no tienen ubicación definida en alguna de estas instancias.

Por lo tanto la atención especializada que requieren los sujetos, está determinada por la entidad en la que se encuentra afiliado.

Esta atención no sólo se hace necesaria para la prescripción de los psicofármacos, sino que requiere de un control periódico, definido en los sujetos así:

9 sujetos asisten cada tres meses, 3 cada seis meses, 4 cada doce meses y 3 reciben atención médica esporádicamente con espacios de un año o más entre un control y otro.

La adquisición de los psicofármacos se hace generalmente por compra directa en lugares como:

Farmacias y el Instituto

Neurológico de Antioquía para el 85% de los sujetos.

Sólo el 15% adquiere los psicofármacos de forma gratuita, mediante los beneficios del Instituto de Seguro Social.

El costo mensual de ellos oscila entre \$5.000 (cinco mil pesos) y \$30.000 (treinta mil pesos) para el 75%, para un 5% su costo mensual es mayor de \$30.000 (treinta mil pesos).

Tanto los medicamentos que son comprados, como los que son suministrados por el I.S.S. requieren de fórmula médica vigente, para su adquisición; no queriendo esto decir que exista un control estricto y que por tanto haya cambios frecuentes en dicha prescripción.

Para los padres y/o acudientes la adquisición de los psicofármacos, ha sido asumida como una necesidad básica, por lo tanto se superan situaciones como: Factor económico (por su alto costo), numerosa tramitología (en el Instituto de Seguro Social) y demás circunstancias, logrando que el consumo en los sujetos sea continuo. Se ha evidenciado entonces que el consumo de los psicofármacos, en los sujetos de la muestra ha sido constante, sin embargo, los resultados demuestran que el conocimiento que tienen los padres o acudientes no es proporcional al este, la mayor dificultad, se encuentra en el manejo que se hace de los psicofármacos; sólo el 50% de los padres hacen un manejo adecuado y estricto según las indicaciones médicas, teniendo conciencia sobre los problemas que podrían presentarse cuando hay alteraciones en el control y suministro. Pero el 50% de los padres restantes, no tienen un manejo adecuado de los psicofármacos, alterando según su propia convicción, horarios de consumo, cantidad y frecuencia, suspensión y cambio de medicamentos, desconociendo las consecuencias que todo ello acarrea en el organismo del sujeto.

Pero no sólo es el padre de familia o acudiente, quienes se encuentran en estrecha relación con el sujeto, de igual modo la escuela como medio

socializador ejerce un papel de gran importancia en esta relación; por lo tanto el docente como agente

directo, necesita conocer de manera clara y precisa cuál es la condición actual de cada sujeto, reconociendo en él su patología, sus deficiencias asociadas y sumado a ello, cuales requieren de tratamientos terapéuticos específicos, como lo es el consumo de psicofármacos y todo lo que ella implica, en cuanto a:

Dosis,

horarios, efectos terapéuticos y más específicamente los efectos secundarios, puesto que de algún modo son los efectos secundarios los que se evidencian en el quehacer pedagógico y es sobre ellos donde se ejerce de modo consciente o inconsciente la intervención pedagógica.

Mediante los resultados de la entrevista realizada a los docentes, se pudo constatar que hay un alto nivel de desconocimiento frente a esta temática.

Las respuestas más bajas se encuentran al indagar aspectos específicos acerca del consumo como: sus dosis y horarios, y aumenta este nivel cuando se refiere al reconocimiento de los efectos secundarios.

Es importante tener en cuenta que los docentes de la Corporación Habilitemos se encuentran en calidad de practicantes de su carrera profesional y que su tiempo máximo de permanencia es de 1 año y

medio, situación que se encuentra en desventaja y que obstaculiza en gran parte el amplio conocimiento que pueda tener de cada uno de sus alumnos.

La información relevante de cada alumno, se encuentra sistematizada en la hoja de vida (y anamnesis) en ella, se anotan datos claves, pero pobres frente a lo concerniente al consumo de psicofármacos, mediante los siguientes ítems:

¿Consume el alumno medicamentos?

¿Cuál?

¿En que dosis y en que horarios?

La institución ha ejercido un papel de gran importancia frente a los alumnos que consumen psicofármacos, haciendo un seguimiento específico de ellos, pero este seguimiento ha sido realizado por aquellas personas que han permanecido durante un tiempo prolongado en la institución (directora, coordinadora pedagógica, y docente de la jornada de la tarde). Seguimiento en el cual, la participación de los demás docentes ha sido pasiva, en la que se involucran factores como:

El poco conocimiento que tienen los docentes sobre la temática de los psicofármacos (especialmente de aquellos quienes inician su tiempo de práctica).

Poca precisión en la realización de observaciones en este tipo de alumnos.

No hay un reconocimiento claro acerca de cuales comportamientos son generados como consecuencias tras el consumo de psicofármacos y cuales parten del diagnóstico de los alumnos.

Pero, a todo esto, se le suma la falta de coordinación en el trabajo pedagógico, y la intervención de los demás especialistas, lo que impide básicamente la realización de un seguimiento claro y definido. Si bien es cierto, que el docente a partir de su interacción con el sujeto, que consume psicofármacos, adquiere elementos que permiten determinar de qué modo está ejerciendo control los psicofármacos, teniendo en cuenta las reacciones, comportamientos, alteraciones y manifestaciones del sujeto, presentando datos claves, los especialistas (neurólogos, psiquiatras), valoran poco estas apreciaciones, haciendo más difícil una interacción interdisciplinaria. El abordaje de la temática, el consumo de psicofármacos en las personas con retardo mental que presentan asociadas otras deficiencias, ha sido poco trabajada en nuestro medio, y la escasez bibliográfica ha sido un factor que ha limitado esta investigación.

Los laboratorios y las casas productoras de medicamentos, parecen ser los centros de investigación, donde se preocupan por realizar los estudios concernientes y relacionados con los medicamentos, incluyendo allí los psicofármacos, cada uno de estos lugares expende sus productos generalmente a las diferentes farmacias y establecimiento médicos, llevando consigo la información y el resultado de los diferentes estudios, sumado a la presentación de cada producto; sin embargo, esta información queda estancada en este tipo de lugares, perdiéndose en la mayoría de los casos.

Es por ello, que docentes interesados en profundizar en temas como este, encuentran grandes obstáculos para la investigación generándose así pocas alternativas de intervención.

Sin embargo, el consumo de psicofármacos, hace parte de una realidad, y en circunstancias actuales como lo demuestran numerosas investigaciones (realizadas por el ministerio de salud) se incrementa cada vez más en nuestra población, no sólo en el retardo mental, sino que de igual modo afecta toda la sociedad.

Es nuestra responsabilidad entonces, el futuro y más aún las posibilidades que promuevan un mejoramiento en la calidad de vida de los sujetos que tienen retardo mental moderado y que por sus deficiencias asociadas, requieran el tratamiento psicofarmacológico. Acercándonos directamente a su mundo, reconociendo cuáles son sus manifestaciones y qué es lo que se desencadena a partir de un consumo; solo si mejoramos ese conocimiento, quedarán atrás numerosos prejuicios, que terminan por segregar cada vez más un sujeto, limitando sus posibilidades y finalmente se podrá encaminar desde visiones más amplias un mejor trabajo pedagógico.

## **CONCLUSIONES**

El consumo de psicofármacos tiene una alta prevalencia en los sujetos que

tienen retardo mental y asociados a él algunas deficiencias. De la población que atiende la Corporación Habilitemos, 20 alumnos consumen estos medicamentos. Queda, claro que el consumo de psicofármacos no es una condición generada por el retardo mental, por el contrario son las deficiencias asociadas las que requieren tratamientos específicos a partir de medicamentos psicofarmacológico; siendo el grupo de las deficiencias psíquicas y neurológicas las que mayor incidencia tienen, por su mayor compromiso con las funciones orgánicas.

Los trastornos del comportamiento, son las principales manifestaciones que conllevan a la prescripción farmacológica, comprobándose que estos se presentan como consecuencias a grandes alteraciones.

La epilepsia, como principal deficiencia neurológica, presenta un alto potencial en los sujetos de la muestra, aunque presenta gran complejidad por sus diversas manifestaciones, se encuentra claramente definida en 7 de estos sujetos, en los cuales se han presentado de modo constante diferentes tipo de crisis convulsivas que para su control requieren el uso de psicofármacos conocidos como anticonvulsivos, pero el consumo de anticonvulsivos en los sujetos de la muestra abarca un grupo más amplio, representado por la mitad más uno.

Los sujetos llevan consumiendo psicofármacos, durante largos periodos son precisamente los que utilizan anticonvulsivos, reafirmando que la epilepsia es un trastorno presente durante todo el tiempo de vida del sujeto y que su control farmacológico es de vital importancia para asegurar su estabilidad.

Por lo tanto, al ser medicamentos de uso continuo e indispensable, los padres de familia como personas responsables de estos sujetos, han demostrado tener mayores precauciones para el suministro de estos, teniendo en cuenta que cualquier alteración (del psicofármaco, dosis y horarios) desencadena crisis convulsivas más severas.

Del mismo modo se ha constatado que aquellos sujetos cuyo consumo se prolonga por años, su control periódico disminuye notablemente, teniendo periodos mayores de un año entre revisión y revisión, presentándose además, sujetos que asisten a control del especialista de manera muy esporádica.

El control periódico de los demás sujetos, oscila en intervalos de 3 y 6 meses, sujetos a los cuales, aún no se les ha estabilizado el consumo de los medicamentos encontrándose, en una fase de "observación" para adoptar una dosis de mantenimiento.

Para los especialistas, parece ser que la principal preocupación, es el encontrar la dosis requerida para el control diario, del aspecto patológico, pasando a segundo plano los controles periódicos, cuando el objetivo se ha logrado.

Para el 90% de los sujetos de la muestra su prescripción farmacológica ha sido realizada directamente por médicos especialistas entre los que se ubican: El neurólogo y el psiquiatra; atención a la que acceden según su entidad en salud a la que se encuentra afiliado (I.S.S. Instituto Neurológico de Antioquía, E.P.S Y SISBEN) sin embargo, actualmente la tramitología

dificulta el acceso a la atención especializada, razón por la cual puede incidir el espacio de tiempo entre sus controles; sin olvidar que en los sujetos de la muestra, hay 2 individuos, que no se encuentran afiliados en ninguna de estas entidades, lo que aumenta las dificultades para establecer controles periódicos.

Los controles periódicos a los que deben asistir los sujetos de la muestra, tienen gran importancia ante el consumo de psicofármacos, Es necesario por ejemplo, un seguimiento adecuado que permita resaltar en los sujetos sus beneficios y sus implicaciones; además este mismo seguimiento, determinará las condiciones actuales del organismo evaluando los niveles de toxicidad, como medio preventivo a problemáticas mucho más complejas; pero los resultados de nuestra investigación comprueban que estos aspectos, hacen poca parte de la realidad, y es difícil en la totalidad de los casos ofrecer respuestas exactas, teniendo en cuenta que a ninguno de los sujetos, se les ha realizado pruebas en tales dimensiones y los parámetros a este nivel son poco abordados.

La adquisición de los psicofármacos es realizada directamente en establecimientos como farmacias y en especial en el Instituto Neurológico de Antioquía, cuyo costo mensual se encuentra entre \$5.000 (cinco mil pesos) y hasta \$30.000 (treinta mil pesos), siendo los padres de familia, quienes con responsabilidad y superando el factor económico, han asumido esta situación como una necesidad básica e indispensable con la que se debe cumplir. Sin embargo, aunque los padres de familia son conscientes en la

mayoría de los casos que suministrar de manera constante los psicofármacos a los sujetos, no quiere decir que tengan un conocimiento claro y acertado sobre esta problemática. Como se mencionó antes, los padres de los sujetos que consumen anticonvulsivos son un poco más cautelosos en su administración, pero, el factor común es el desconocimiento general, referido a las implicaciones generadas por los psicofármacos, más allá del consumo como tal, relacionando por tanto las reacciones secundarias y las implicaciones a largo plazo y más aún se complejiza esta situación en aquellos casos en que los padres motivados por sus propias convicciones hacen usos indiscriminados de este tipo de medicación encontrándose por tanto cambios y notables alteraciones.

Pero en los casos en que se comprueba un suministro adecuado del psicofármaco donde se respetan las indicaciones profesionales, se encuentra gran efectividad en el consumo de psicofármacos, el cual se basa en el control de las patologías específicas.

Es necesario recordar que las deficiencias asociadas al retardo mental son irreversibles y que el uso farmacológico tiene como fin controlar y reducir su incidencia, mejorando por tanto la calidad de vida del sujeto, derrocando así la falsa expectativa que se tiene al creer que el consumo de psicofármacos, tiene como fin la erradicación de los síntomas.

El consumo de psicofármacos en lo relacionado con sus efectos secundarios, se comprueba que existe una alta frecuencia en las

manifestaciones básicas del aprendizaje sus implicaciones son más favorecedoras.

La atención y la memoria son condiciones que se encuentran afectadas no solo por el consumo de psicofármacos, sino que al igual están involucradas en el diagnóstico mismo de retardo mental moderado y por sus deficiencias asociadas.

Se encuentran resultados muy positivos en la función relacionada con el seguimiento de instrucciones a nivel comprensivo, pero el consumo de psicofármacos afecta la manera de ejecución, teniendo en cuenta que la actividad motora, y la rapidez en las respuestas, tienen un alto compromiso a nivel de sistema nervioso central, eje principal de acción de los psicofármacos.

Los sujetos que tienen mayores dificultades en el desempeño de habilidades de tipo comunicativo, de independencia, de autonomía y de interacción social, resultan ser los principales consumidores de psicofármacos, encontrándose con tales características al 80% de la muestra, ubicada en la Corporación Habilitemos en los niveles escolares 0,1 y IIA.

En cuanto al horario de consumo, se comprobó que los sujetos consumen medicamentos, cuyas dosis están repartidas en varias tomas y cada toma tiene en promedio el mismo horario así: Una en la mañana (entre 6 y 8 a.m.) al medio día (1 -2 p.m.) y en la noche (entre 7 y 9 p.m.) lo cual indica que todos los alumnos tienen su primera toma en el día, antes de iniciar su jornada escolar, por esta razón durante el tiempo en que permanecen en la

escuela, los sujetos se encuentran bajo la acción de los medicamentos, manifestando claramente algunos efectos secundarios; siendo éstas, en ocasiones perturbadoras de la actividad pedagógica tales como: Somnolencia, irritabilidad, inestabilidad motriz y lentitud en la ejecución de acciones básicamente, pero precisamente las perturbaciones en las actividades pedagógicas, si bien es cierto que están originadas por reacciones ante el consumo de psicofármacos, aparece otro factor de gran importancia relacionado con el poco conocimiento de esta temática que tienen los docentes de la Institución; desencadenando situaciones en que: Se emiten juicios descontextualizados; hay escasez en observaciones para este tipo de sujetos, y hay orientaciones poco acertadas en la intervención pedagógica. Se comprobó que la gran mayoría de docentes no poseen certeza sobre recomendaciones hechas por los especialistas, así mismo, respecto al tipo de psicofármaco, características del mismo y efectos que este produce, desconociéndose también los horarios de consumo, dosis sugeridas y si realmente las manifestaciones que presenta el sujeto son resultado del consumo o del no consumo de estos medicamentos. En cuanto a los efectos, son los secundarios, los que deben ser reconocidos por los maestros para ejecutar la acción pedagógica de manera clara y positiva, pero no se posee la suficiente claridad sobre el tema, lo que conlleva a aumentar la dificultad para abordar a estos sujetos y entender su situación.

### **RECOMENDACIONES**

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos a partir de esta investigación

las recomendaciones irán dirigidas a:

- El núcleo familiar. Involucrando directamente a los padres o acudientes.
- Las instituciones educativas, incluidas la Corporación Habilitemos, directivas, y docentes.
- Los especialistas, encargados del tratamiento clínico, médico general, neurólogo y psiquiatra.
- La institución formadora de docentes, facultad de educación de la Universidad de Antioquía, directamente el departamento de Educación Infantil.

### **AL NUCLEO FAMILIAR**

Los padres o personas encargadas del control, manejo y suministro de medicamentos deben estar en permanente contacto con los especialistas (neurólogo, psiquiatra) para lograr eficacia en el tratamiento y evitar así alteraciones del individuo por el mal uso de los psicofármacos.

Tanto para padres como personas responsables de estos sujetos, es necesario llevar un registro de las conductas y manifestaciones de estos, para la construcción de un historial completo, los cambios de medicación deben estar precedidos de la recolección de datos, por parte de las personas a cargo del sujeto, quienes deben asumir el ejercicio con seriedad y constancia. Esta recolección de datos debe servir para que ante cualquier cambio de conductas del sujeto, se acuda de inmediato al especialista.

## **A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

En la **Corporación Habilitemos**, se lleva normalmente un observador por cada nivel, en el cual se consigna información relevante de cada alumno. Estos datos deben ser actualizados periódicamente, teniendo en cuenta el tipo de psicofármaco, la deficiencia asociada, tiempo de consumo, razón por la que fue medicado, efectos inmediatos y secundarios.

La Corporación Habilitemos debe fomentar la educación y concientización a padres de familia o encargado del suministro de psicofármacos, con respecto a:

Importancia de un adecuado manejo, control y suministro de estos medicamentos, efectos a los que se somete el alumno con dicho tratamiento, la utilidad y el beneficio para el alumno de llevar un control periódico con el especialista, para saber y manejar los niveles de toxicidad en el organismo. Establecer convenios con entidades que puedan ofrecer capacitación a padres y docentes, a cerca del control, manejo y suministro de estos medicamentos.

No dejar perder los espacios en los cuales se aborda directamente las conductas y manifestaciones que presentan los alumnos cotidianamente, y que en mucho de los casos son consumidores de los psicofármacos.

El docente involucrado directamente con personas con retardo mental, que presentan una deficiencia asociada y a la vez consumen psicofármacos, debe estar en una continua capacitación frente al tema, recolectando los

datos más recientes para dar a conocer dicha información a los padres de familia y a las personas encargadas de estos sujetos.

A sí mismo es necesario elaborar un registro detallada de los comportamientos y conductas de los alumnos, el cual permita obtener una historia al respecto de estos.

Los cambios de medicación deben ser del conocimiento de los docentes y a la vez estar precedidos de la recolección de datos, tarea que debe ser continua y actualizada para facilitar futuras visitas al especialista.

Tener en cuenta los efectos secundarios en el diseño de actividades pedagógicas, ya que algunos de estos medicamentos afectan la atención, coordinación y concentración,

## **A LOS ESPECIALISTAS**

El especialista (neurólogo, psiquiatra), debe realizar una inducción a los padres de familia o encargados, sobre el porqué de estos medicamentos? Y las posibles manifestaciones del cambio del psicofármaco.

Concientizar al padre de familia que cuando se da un cambio de medicamento, ello puede responder a muchas causas como: Que se requiera reducir el nivel de toxicidad en el organismo, que se considere que los efectos de dicho medicamentos no son los más adecuados.

Es necesario que el especialista concientice a los padres de familia de lo fundamental de un control periódico a nivel orgánico, para detectar cualquier

anomalía consecuente de dicho tratamiento, ya que la extensión de las capacidades terapéuticas de los psicofármacos y la acumulación de sustancias químicas, pueden ocasionar en el organismo manifestaciones adversas a largo plazo.

**A LA INSTITUCION FORMADORA DE DOCENTES La Facultad de Educación de la Universidad de Antioquía** directamente el **Departamento de Educación Infantil**, en lo posible incluir en su pensum asignaturas que den cuenta de una mejor formación a cerca del tratamiento psicofarmacológico en la población que presenta retardo mental.

#### **REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA GENERAL**

DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS. Decimonovena edición (1991) Santa Fé de Bogotá: Grupo Editorial P.L.M., S.A.

DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUÍA. (1996) Manual Farmacoterapéutico. Sistema Integral de Insumos Hospitalarios Esenciales. Medellín. 396 p.

D.S.M. IV. Manual Diagnostico y Estadística de los Trastornos Mentales (1994). Asociación Americana de Psiquiatría. Cuarta Edición. Barcelona. 886 p.

GRAM, L y DAM, M . (1995). Epilepsia. Madrid. Siglo XXI 208 p.

INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES - INSERSO - (1986) Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Madrid: Ed.

Colección de Rehabilitación. 236 p.

LIGA ANTIOQUEÑA CONTRA LA EPILEPSIA. (1992). Epilepsia, Folleto Informativo para Pacientes y Padres de Familia. Medellín: 58 p.

MARDOMINGO et al (1980). Educación Especial Madrid: Cincel S.A.. 400 p.

MINISTERIO DE SALUD (1993). El ABC del Uso Rracional de los Psicofármacos por el Medico General. Santa Fe de Bogotá. 47 p.

MINISTERIO DE SALUD (1996) Fondo Nacional de Estupefacientes Diseño de un Modelo para la Vigilancia de Medicamentos de Control Especial. Santa Fe de Bogotá. 149 p.

RAMIREZ, S et al (1996) Programa de Educación Física para Personas con Retardo Mental. Medellín: Tesis de Pregrado.  
Universidad de Antioquía

SCHALOCK, R (1992) Implicaciones para la Investigación de la Definición, Clasificación y Sistema de Apoyo de la AAMR. En: Revista Siglo Cero. España V26 (1) N° 157 pag. 5 -13.

STEVEN. R (1994) Psicopatología en el retraso Mental. En: Revista Siglo Cero. España V 27 N° 166 p. 13-18.

THORNDIKE 1920. En: Schalock, rR (1992). Implicaciones para la Investigación de la Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo de la AAMMR. En: Revista Siglo Cero. España V 26 (1) N° 157.

VERDUGO, M. (1992). Cambio de Paradigma en la Concepción de Retraso Mental: La Nueva Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo de la

AAMMR. En: Revista Siglo Cero. España V 26(1) N° 157

VERDUGO, M (1995). Personas con Discapacidad Perspectivas  
Psicopedagógicas y Rehabilitadoras. Madrid: Siglo XX - 325 p.

VELEZ H, et al (1996) Fundamentos de Medicina. Psiquiatría Medellín:  
Corporación para Investigaciones Biológicas. 412 p.

**ANEXOS**

**ANEXO N° 1**  
**- ENTREVISTA -**

**1. DATOS PERSONALES:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Diagnostico: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
 Nivel Escolar: \_\_\_\_\_ Nombre del Entrevistador: \_\_\_\_\_

**2. CONSUMO DE PSICOFARMACOS**

Actualmente consume psicofarmacos Sí  No

Como se llama el (los) psicofarmaco (s)

- Meleril
- Ritalina
- Imipramina
- Trptanol
- Haloperidol
- Acido Valproico
- Sinogan
- Carbamazepina
- Neuleptil
- Otros:

Cuales: \_\_\_\_\_

Dosis Recetada

PSICOFARMACO	CANTIDAD DIARIA	MG	HORARIOS

Quien le recetó esta medicación

- Medico General
- Psiquiatra

Neurólogo

Otro Quien:

Cuanto hace que toma este medicamento \_\_\_\_\_ años  
 \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días

Este medicamento ha sido suspendido

Sí

No

Por que:

- Lo indicó el médico
- Por razones económicas
- Usted lo considero necesario
- Otra razón

## **2. CONOCIMIENTO GENERAL QUE TIENEN LOS PADRES (Acudientes) SOBRE LOS PSICOFARMACOS**

- Alucinaciones
- Hiperactividad
- 

Depresión a

Insomnio

- Agresión y rabia explosiva
- Agresividad excesiva
- Autoestimulación
- Epilepsia
- Déficit Atencional sin Hiperactividad
- Déficit Atencional con Hiperactividad

¿Ha sido efectivo este medicamento?

- Sí
- No

Efectos Secundarios (señale cuales)

- Sudoración excesiva
- Labios reseca
- Salivación excesiva
- Piel escamosa
- Somnolencia

Otras:

Cambios en el desempeño de actividades cotidianas. Por ejemplo

## Su atención

- Mejoro
- disminuyo
- sigue igual

## Su memoria

- mejoro
- disminuyo
- sigue igual
- Mejoro su seguimiento de instrucciones
- Disminuyo
- Sigue igual

## Tiene continuidad en la ejecución de tareas:

- Sí
- No

Quien se encarga de suministrar el medicamento al joven: \_\_\_\_\_

Donde recibe atención medica el joven:

- I.S.S
- Centro Neurológico de Antioquía
- SISBEN
- \_\_\_\_\_ E P S. Cual:

a Otra entidad:

- Ninguna

Cada cuanto asiste a control de:

Médico días	meses	años
Neurólogo días	meses	años
<i>Psiquiatra días</i>	meses	<i>años</i>

Donde compra los medicamentos \_\_\_\_\_

Qué costo mensual tiene estos medicamentos \$ \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 2**  
**ENTREVISTA PARA DOCENTES**

**1. DATOS PERSONALES:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Licenciado en: \_\_\_\_\_

Nivel en el cual enseña: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

**2. CONSUMO DE PSICOFARMACOS:**

¿Cuántos alumnos de su grupo consumen psicofarmacos? \_\_\_\_\_

**3. DESCRIPCIÓN**

<b>Nombre del Alumno</b>	<b>Diagnostico</b>	<b>Psicofármaco</b>	<b>Dosis</b>	<b>Horarios</b>
<b>1.</b>				
<b>2.</b>				
<b>3.</b>				
<b>4.</b>				
<b>5.</b>				
<b>6.</b>				
<b>7.</b>				
<b>8.</b>				
<b>9.</b>				
<b>10.</b>				

**4. PARA QUE FUE RECETADO EL PSICOFARMACO**

- 1. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_

**6. ¿RECONOCE EFECTOS SECUNDARIOS QUE PRODUCEN EL CONSUMO DE ESTOS PSICOFARMACOS?**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_