

DEPARTAMENT DE MEDICINA

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA CON GRUPOS FOCALES,
SOBRE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LOS PACIENTES
PSICÓTICOS CON TRATAMIENTO NEUROLÉPTICO

MARIA ANTONIA BARBERÁ FONS

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
2008

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 4 de juny de 2008 davant un tribunal format per:

- D^a. Carmen Leal Cercós
- D. Jordi Obiols Llandrich
- D. Miguel Angel González Torres
- D. Alberto Fernández Liria
- D. Luis Rojo Moreno

Va ser dirigida per:

D. Julio Sanjuán Arias

©Copyright: Servei de Publicacions
Maria Antonia Barberá Fons

Depòsit legal:

I.S.B.N.: 978-84-370-7254-8

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115



FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

Departamento de Medicina

Tesis Doctoral

**“INVESTIGACIÓN CUALITATIVA CON GRUPOS FOCALES, SOBRE LA
EXPERENCIA SUBJETIVA DE PACIENTES PSICÓTICOS CON
TRATAMIENTO NEUROLÉPTICO”**

*Memoria presentada en el Departamento de Medicina de la Universidad de Valencia
para obtener el grado de doctor por el licenciado:*

María Antonia Barberá Fons

Dirigida por:

Prof. D. Julio Sanjuán Arias



JULIO SANJUÁN ARIAS, Profesor Titular. Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Médica. Departamento de Medicina. Universitat de València.

HACE CONSTAR que:

La licenciada María Antonia Barberá Fons, ha realizado bajo mi dirección el presente trabajo titulado “Investigación cualitativa con grupos focales, sobre la experiencia subjetiva de pacientes psicóticos con tratamiento neuroléptico”, que constituye la memoria para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

Revisado dicho trabajo, quedo conforme en su presentación y defensa ante el Tribunal correspondiente.

Valencia, a dieciocho de Enero de dos mil ocho.

Prof. D. Julio Sanjuán Arias

Para mis padres y hermano:

Ellos son mi referente, mi fuente de energía y amor, un apoyo incondicional y, en definitiva, un equipo en su máxima expresión.

Siento enorme gratitud y fortuna por ello.

Sin su ayuda, este trabajo no habría sido posible.

AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis, Julio Sanjuán, por su docencia, su contagioso espíritu de superación, su apoyo y, sin duda, su paciencia.

A Mikel, Candela y Quique, compañeros de investigación y, sobre todo, amigos. Os debo y dedico este trabajo de principio a fin.

A Manolo Gómez - Beneyto, Carmen Leal, Luís Rojo, Lorenzo Livianos, Alberto Domínguez, Jose M^o Cámara, Felipe Iglesias y Eduardo Orozco, por la enseñanza y oportunidades profesionales que me han ofrecido.

A Isabel Tomás, porque siempre ha estado y está; por todo lo que nos une.

A mis compañeros del Hospital Clínico y Hospital La Fe, por sentir su respeto y aliento.

A Raquel, Javier, Carlos y Roberto, mi devoción por la psiquiatría no sería la misma sin ellos.

A todos y cada uno de los pacientes en general; a los participantes en este trabajo en particular. Ellos me estimulan y me enseñan sobre la vida cada día.

A mi familia, que ha sabido comprender el esfuerzo y tiempo que ha supuesto este trabajo. A los que me ayudan desde el cielo, porque los llevo conmigo siempre.

A Ana, Jose María, María y Nico, Marta, Belén R, Elvira, Vicky, Anabel, Paci, Nuria, Belén C Teresa y Macarena, por derrochar vitalidad en mi existencia.

A Santiago, porque me acompaña en la vida con amor, respeto, optimismo y una delicadeza sublime. Con él, todo es más dulce y sencillo; es un tesoro.

ÍNDICE

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	21
1.1 Importancia de la experiencia subjetiva con antipsicóticos.....	23
1.2 Diferencias entre los antipsicóticos: de los clásicos a los atípicos.....	27
1.2.1 Meta-análisis.....	28
1.2.2 Estudio CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness)	
32	
1.2.3 Guías de consenso.....	36
1.2.4 Críticas desde la importancia de la experiencia subjetiva.....	39
1.3 El paciente psicótico y la experiencia subjetiva con el tratamiento.....	44
1.4 Metodología cuantitativa en la evaluación de la experiencia subjetiva.....	49
1.4.1 Conceptos generales.....	49
1.4.2 Revisión de las escalas de evaluación de la experiencia subjetiva con	
antipsicóticos.....	51
1.5 Metodología cualitativa.....	63
1.5.1 Concepto de investigación cualitativa.....	63
1.5.2 Los métodos cualitativos.....	67
1.5.3 Las técnicas y diseños cualitativos.....	68
1.5.4 El proceso de la investigación cualitativa.....	68
1.5.4.1 Planificación.....	69
1.5.4.2 El trabajo de campo.....	70
1.5.4.3 El análisis de los datos.....	77
1.5.4.4 Presentación de los resultados.....	82
1.5.5 Criterios de calidad en la metodología cualitativa.....	83
1.5.6 Metodología cualitativa aplicada al estudio de la experiencia subjetiva en	
esquizofrenia.....	87
1.5.7 Revisión de estudios cualitativos sobre la experiencia subjetiva de pacientes	
esquizofrénicos con antipsicóticos.....	88
1.6 Síntesis de la introducción.....	93
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	97
3. MATERIAL Y MÉTODO	101
3.1 Material.....	101

3.1.1	Criterios de inclusión y de exclusión.....	101
3.1.2	Características generales de la muestra	102
3.1.3	Distribución de los participantes según ámbitos asistenciales	102
3.2	Método.....	104
3.2.1	Elección de grupos focales como técnica cualitativa	104
3.2.2	Conducción de los grupos	105
3.2.3	Análisis de los resultados	107
3.2.3.1	Pasos en el trabajo con N´Vivo:	109
3.2.4	Recogida de datos cuantitativos	110
3.2.4.1	Escala UKU	111
4.	RESULTADOS	113
4.1	Descripción de la muestra.....	115
4.1.1	Variables sociodemográficas.....	115
4.1.2	Variables clínicas.....	115
4.1.3	Variables farmacológicas	115
4.2	Sistema de categorías	117
4.2.1	Efectos percibidos del tratamiento	122
4.2.2	Actitudes y cumplimentación	131
4.2.3	Impacto de la enfermedad y el tratamiento	144
4.3	Interpretación clínica de los datos: diferencias en la experiencia con los distintos antipsicóticos.....	146
4.3.1	Efectos simples positivos	149
4.3.1.1	Efectos simples positivos con los antipsicóticos típicos	149
4.3.1.2	Efectos simples positivos con los antipsicóticos atípicos.....	151
4.3.1.3	Efectos simples positivos con la olanzapina	152
4.3.1.4	Efectos simples positivos con la risperidona.....	154
4.3.2	Efectos simples negativos.....	155
4.3.2.1	Efectos simples negativos con los antipsicóticos típicos	155
4.3.2.2	Efectos simples negativos con los antipsicóticos atípicos	159
4.3.2.3	Efectos simples negativos con la olanzapina	160
4.3.2.4	Efectos simples negativos con la risperidona.....	162
4.3.3	Efectos complejos positivos	165
4.3.3.1	Efectos complejos positivos con los antipsicóticos típicos.....	165

4.3.3.2 Efectos complejos positivos con los antipsicóticos atípicos	168
4.3.3.3 Efectos complejos positivos con la olanzapina	170
4.3.3.4 Efectos complejos positivos con la risperidona	173
4.3.4 Efectos complejos negativos	176
4.3.4.1 Efectos complejos negativos con los antipsicóticos típicos	176
4.3.4.2 Efectos complejos negativos con los antipsicóticos atípicos	179
4.3.4.3 Efectos complejos negativos con la olanzapina	180
4.3.4.4 Efectos complejos negativos con la risperidona	181
5. DISCUSIÓN	183
5.1 Hallazgos relacionados con hipótesis / objetivo y con los datos de la introducción	185
5.1.1 Diseñar una metodología cualitativa con grupos focales formados por pacientes psicóticos	188
5.1.2 Analizar las transcripciones obtenidas en las grabaciones y generar un sistema de categorías	190
5.1.3 Indagar hasta dónde llega y en qué aspectos queda deficitaria la medicación antipsicótica	193
5.1.4 Profundizar en posibles factores que influyen en la actitud hacia el tratamiento, adherencia terapéutica y calidad de vida.....	194
5.1.5 Confirmar o no si, desde este enfoque, existen diferencias entre los neurolépticos existentes.....	197
5.1.6 Identificar aspectos que no quedan reflejados en escalas cuantitativas.....	200
5.2 Limitaciones y fortalezas del estudio	205
5.3 Proyección futura de este trabajo.....	208
6. CONCLUSIONES.....	211
7. BIBLIOGRAFÍA	215
8. ANEXOS	241

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias entre efecto agudo “disforia a neurolépticos” y efecto a medio-largo plazo “experiencia subjetiva”	47
Tabla 2. Escalas de evaluación de experiencia subjetiva con antipsicóticos.....	61
Tabla 3. Diferencias entre el método cuantitativo y cualitativo	65
Tabla 4. Características de los métodos de investigación	67
Tabla 5. Diferencias entre las técnicas de investigación que utilizan el grupo como foco de estudio.....	74
Tabla 6. Estudios cualitativos sobre experiencia subjetiva con antipsicóticos.....	92
Tabla 7. Criterios de inclusión y de exclusión de los participantes.....	101
Tabla 8. Distribución muestral según ámbitos asistenciales	103
Tabla 9. Distribución muestral según grupos celebrados	103
Tabla 10. Estadísticos descriptivos UKU: efectos secundarios más aquejados	112
Tabla 11. Características generales de la muestra	116
Tabla 12. Descripción del modelo de categorías principales y subcategorías.....	118
Tabla 13. Descripción del modelo construido en el análisis temático basado en la Teoría Fundamentada	119
Tabla 14. Cuantificación de los efectos simples y complejos con los antipsicóticos típicos y atípicos.....	147

ÍNDICE ABREVIATURAS

- AFEM: Asociación de Familiares de Enfermos Mentales
- ANT: Attitudes Towards Neuroleptic Treatment
- APA: American Psychiatric Association
- BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale
- CATIE: Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness
- CGI: Impresión Clínica Global
- CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Database Guide
- CRIS: Centro de Rehabilitación e Inserción Social
- CSM: Centro de Salud Mental
- DAI-10: Drug Attitude Inventory (10 items)
- DAI-30: Drug Attitude Inventory (30 items)
- DRI: Dysphoric Response Index
- DSM IV-TR: Manual de Clasificación de Enfermedades Mentales de la American Psychiatric Association
- FDA: Food and Drug Administration
- Hº: historia
- Interf: interferencia
- m: mujer
- MAQ: The Medication Adherence Questionnaire
- MARS: Medication Adherence Rating Scale
- MEDLINE: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
- mg: miligramos
- N: tamaño muestral

- NDS: Neuroleptic Dysphoria Scale
- NIMH: National Institute of Mental Health (EEUU)
- NL: Neuroléptico
- NUDISTVIVO: Non Numerical Unstructured Data with powerful proceses of Indexing, Searching and Theorizing.
- PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale
- PETiT: The Personal Evaluation of Transitions in Treatment Scale
- PRL: prolactina
- PsychINFO: Servicio de búsqueda bibliográfico oficial de la American Psychological Association
- PubMed: Servicio de búsqueda bibliográfico oficial de la U.S. National Library of Medicine
- RAM: Reacciones Adversas a Medicamentos
- Receptores D2: Receptores dopaminérgicos D2
- ROMI: Rating of Medication Influences
- RTM-III, Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales 3º ed 2005
- SEP: Efectos Secundarios Extrapiramidales
- SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography
- SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
- CSCV: Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida
- SWN: Subjective Well being under Neuroleptic treatment
- TA: tensión arterial
- UKU: Udvalg für Kliniske Undersogelser (The UKU side effects rating scale for the registration of unwanted effects of psychotropics)
- v: varón

- v.o.: Vía Oral

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Importancia de la experiencia subjetiva con antipsicóticos

En 1960, Sarwer-Foner publicó un trabajo a propósito de la interacción entre el tratamiento neuroléptico y la psicoterapia en 549 pacientes atendidos en las unidades de psiquiatría de un hospital general. En una de las conclusiones de este estudio, el autor defendía que el efecto de la medicación no guardaba una relación directa con el perfil farmacológico; a su parecer, se trataba de una interacción compleja en la que había que tener en cuenta la forma en que cada paciente concreto asumía el significado del tratamiento dentro de su contexto personal.

Este trabajo, no utilizaba medidas (escalas) de evaluación psicopatológica ni ofrecía datos cuantitativos de las características de la muestra o de las dosis de medicación. Es decir, es un estudio que difícilmente sería aceptado, hoy en día, por el comité de redacción de cualquier revista con un mínimo impacto.

Sin embargo, este proyecto ponía el acento en algo de cuya importancia todos los clínicos somos muy conscientes, aunque no existan evidencias empíricas sobre ello. A saber, que la experiencia subjetiva y el significado emocional de la medicación neuroléptica en el paciente psicótico, tiene una clara trascendencia en la cumplimentación y a la postre en la eficacia del tratamiento.

Posiblemente, una de las razones por las que este tipo de trabajo pasara desapercibido, reside en su intención de unir concepciones psicoanalíticas con aspectos farmacológicos. Esta visión integradora psicoanálisis – farmacoterapia era, quizás, excesivamente adelantada para su época; la naciente Psicofarmacología necesitaba asentar sus avances en medidas objetivas.

Ello supuso uno de los principales impulsos para el nacimiento de las escalas psicopatológicas y también de los criterios diagnósticos. Había que demostrar “científicamente” la eficacia de los medicamentos.

En esa necesidad de medir los cambios que inducían los fármacos, las primeras escalas se centraron en los llamados síntomas diana (agitación, delirios, alucinaciones etc.) y a su vez en los efectos secundarios más objetivables (parkinsonismo, sedación etc.). Pero los neurolépticos provocaban también una serie de síntomas desagradables difíciles de valorar y que pasaron inicialmente a un segundo plano por considerarse parte del “discurso psicótico” de los pacientes.

Esta interpretación se vino abajo cuando dos psiquiatras sanos (Belmaker y Wald 1977) decidieron someterse a una prueba de tratamiento y relatar su experiencia. Los autores se administraron 5 mg de haloperidol i.v, lo que les provocó un efecto devastador que trataron de transmitir con frases como: “parálisis de la voluntad”, “enlentecimiento del pensamiento”, “ausencia de energía”. En definitiva, comentarios que eran muy parecidos a los que habían referido los pacientes psicóticos al recibir el mismo tratamiento.

En 1999, Gerlach y Larsen indagaron acerca de las causas por las que muchos pacientes psicóticos experimentan un estado subjetivo alterado tras las primeras tomas de tratamiento neuroléptico. Para ello, se basan en un estudio realizado por ellos mismos en el año 1996 sobre una muestra de 53 pacientes esquizofrénicos en mantenimiento ambulatorio con tratamiento neuroléptico depot. Se les aplicó la escala UKU de efectos secundarios, los investigadores pudieron acompañar y observar a los pacientes en su tarea. Entre los resultados, destacan que los efectos secundarios a nivel psíquico como disforia, indiferencia emocional y acatisia, son los más frecuentemente

aquejados según los datos cuantitativos, siendo sin embargo difíciles de precisar por los pacientes con sus propias palabras.

Estos estudios, señalan las dificultades que las escalas entrañan para precisar las incomodidades que son debidas al tratamiento y las derivadas de la enfermedad, no evidencian relación entre la evaluación subjetiva de la calidad de vida y el grado de psicosis y de efectos adversos objetivables. Remarcan, de nuevo, que existen diferencias consistentes entre la valoración de la experiencia subjetiva del tratamiento por parte del paciente y de su especialista.

Todo ello pone de manifiesto tanto la importancia de la experiencia subjetiva con los fármacos, como la complejidad para abordar su valoración. El cuestionamiento sobre la habilidad de estos informantes para relatar su vivencia, la ausencia de signos aparentes que demuestren su perspectiva, las dificultades para distinguir entre efectos secundarios y síntomas primarios invalidantes de enfermedad y las limitadas oportunidades de las que los clínicos disponen para atender a las quejas de los pacientes en la era de los antipsicóticos clásicos, han contribuido en este hecho.

Durante las dos últimas décadas, sin embargo, varios estudios han demostrado que la mayoría de los pacientes pueden relatar su experiencia de forma consistente y fidedigna, mientras no se encuentren en un estado productivo agudo o bajo un deterioro cognitivo severo (Hogan et al. 1983, Voruganti et al. 1998 y Davies 2001).

El advenimiento de los antipsicóticos de segunda generación^{*}, ha favorecido la consideración de criterios de mejora más ambiciosos (Stahl 1999, Lambert y Naber 2004) y ha renovado el interés de valorar las actitudes de los pacientes, ya consideradas como cruciales por Sarwer-Foner en el proceso de recuperación tiempo atrás (Sarwer-Foner 1963).

^{*} Serán empleados como sinónimos: - antipsicóticos de primera generación, clásicos y típicos.
- antipsicóticos de segunda generación y atípicos.

Numerosos trabajos publicados relacionan la experiencia subjetiva de los pacientes psicóticos a los que se le prescriben neurolépticos con la cumplimentación farmacológica y, en definitiva, el pronóstico (Awad et al. 1996, Naber et al. 2001 y Hellewell 2002); sin embargo, poca es la repercusión que ha supuesto hasta la fecha (Marder 2005).

Iniciativas notables se han llevado a cabo para elucidar la experiencia subjetiva y, así, se han visto materializadas en la validación de escalas psicométricas y en su aplicación sobre diferentes perfiles de pacientes para valorar aspectos concretos evolutivos como calidad de vida (Karow y Naber 2002) o cumplimentación (Naber y Karow 2001).

La metodología cualitativa, es potencialmente una buena alternativa a los cuestionarios para abordar estos aspectos. Así, de forma complementaria al reduccionismo del abordaje cuantitativo, la disposición holística de la técnica cualitativa apuesta por la complejidad de la realidad en general (Buston et al. 1998) y del comportamiento humano en particular (Black 1994).

En contraste con la investigación cuantitativa, positivista, deductiva y centrada en el fármaco que ha dominado la investigación sobre el tratamiento en la actualidad, el abordaje cualitativo relativista, inductivo y centrado en el paciente, ha estado presente en la psiquiatría tradicionalmente (Munárriz y Sanjuán 2001) y parece estar siendo rescatado últimamente.

Por tanto, este último, en el marco la investigación de Servicios de Salud (Pope y Mays 1995), debería ocupar un papel importante en el estudio de la relación entre el significado (experiencia subjetiva) y el uso de medicación antipsicótica, así como en la involucración de ambas en la interacción con el ambiente (Rogers et al. 1998).

Hasta la fecha, existen pocos estudios que han empleado metodología cualitativa para el abordaje de la experiencia subjetiva con el tratamiento antipsicótico (Van Putten et al. 1984, Gerlach y Larsen 1999, Angermeyer et al. 2001, Rogers et al. 1998 y 2003, Schulze y Angermeyer 2003 y Carrick et al. 2004). Serán expuestos con detalle en el apartado 1.5 y resumidos en la tabla 6.

1.2 Diferencias entre los antipsicóticos: de los clásicos a los atípicos

Desde el descubrimiento de los neurolépticos (Delay Deniker 1955), numerosos investigadores han resaltado las diferencias entre las distintas moléculas con efectividad antipsicótica. En los años 80, la opinión mayoritaria sin embargo es que dichas distinciones se centraban sólo en el perfil de efectos secundarios. La llegada de los llamados antipsicóticos atípicos o de segunda generación, ha servido para avivar esta búsqueda de matices diferenciales.

Son muy diversas las formas de valorar las distinciones existentes entre los antipsicóticos clásicos y los atípicos. Tanto desde el extremo más cuantitativo, como desde el cualitativo, existe la impresión general de que los atípicos reportan mejor resultado y han contribuido al avance en el tratamiento y pronóstico de las psicosis en general y de la esquizofrenia en particular (Kaplan y Sadock 1999). No obstante, no existe un consenso total sobre este tema, habiendo sido objeto de una enorme controversia en los últimos años.

Ya en el apartado anterior y posteriormente en los próximos, van a ser numerosas las referencias a trabajos clásicos y actuales que abordan esta disyuntiva.

Nosotros, al igual que Sanjuán y Aguilar 2005, estamos de acuerdo en los diferentes niveles de calidad que Gemián y colaboradores (2000) distinguen según las directrices de la medicina basada en pruebas:

- 1- Meta-análisis de ensayos controlados y aleatorizados.
- 2- Un ensayo controlado adecuadamente y aleatorizado.
- 3- Un ensayo controlado, bien diseñado, pero sin aleatorización.
- 4- Estudios bien diseñados de cohortes o de casos y controles.
- 5- Múltiples series temporales con intervención o sin ella.
- 6- Opiniones de autoridades respetadas en el área.

Siguiendo este esquema, haremos mención a dos meta-análisis, un trabajo controlado no subvencionado por la industria farmacéutica (CATIE) y dos guías terapéuticas recomendadas en el ámbito nacional (RTM-III, Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales 3º ed 2005 y Consenso Clínico Español sobre adherencia al tratamiento en la Esquizofrenia 2007).

En nuestra opinión, todos ellos comparten la ausencia de contemplación de la experiencia subjetiva por parte del paciente.

1.2.1 Meta-análisis

Comenzamos por el ámbito internacional, con dos meta-análisis (Geddes et al. 2000 y Davis et al. 2003) que en su momento resultaron muy polémicos.

El primero, llevado a cabo por el National Schizophrenia Guideline Development Group, tiene por objetivo desarrollar unas recomendaciones basadas en pruebas para el uso de antipsicóticos en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Para ello, realizan una revisión sistemática y análisis de meta-regresión de los estudios aleatorizados controlados (Medline, Embase, PsychLIT y el Registro de Ensayos

Controlados de la Cochrane; fecha de corte: 1 de Diciembre de 1998), tomando este proceso como fundamento sólido para el desarrollo de guías clínicas.

Cuentan con un total de 12.649 pacientes, procedentes de 52 ensayos aleatorizados que comparan antipsicóticos atípicos (amisulpiride, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona y sertindol) con antipsicóticos convencionales (haloperidol o clorpromazina generalmente).

Los marcadores de eficacia empleados se centran en datos de mejoría global, tasas de abandono (como indicador de tolerancia) y de efectos secundarios (generalmente de tipo extrapiramidal).

Los resultados se caracterizan por la heterogeneidad, tanto en la reducción de síntomas como en las tasas de abandono. La disparidad incluso abarca estudios que comparan el mismo antipsicótico atípico con idéntico clásico.

La meta-regresión efectuada, sugiere que la dosis de antipsicótico convencional empleada explica la falta de homogeneidad. Así, se contempla que cuando la dosis de haloperidol (o equivalente) es menor o igual a 12 mg / día, los antipsicóticos atípicos no conllevan un beneficio claro en términos de eficacia o tolerancia global, pese al claro beneficio sobre los efectos adversos extrapiramidales.

Con ello, los autores señalan la falta de evidencia para afirmar que los antipsicóticos atípicos son más eficaces o mejor tolerados que los convencionales. El análisis estadístico demuestra que las ventajas de los nuevos se desvanece conforme decrece la dosis comparativa de haloperidol empleada o, dicho de otra forma, las ventajas de los atípicos ascienden cuando desciende la dosis de clorpromazina usada como control. Se apuesta por la utilización de los clásicos en el tratamiento inicial de un brote psicótico, a no ser que el paciente no hubiera respondido previamente a los mismos o aquejara molestos efectos extrapiramidales.

Por último, los autores reseñan que, de forma implícita en los resultados y como ocurre en cualquier recomendación científica basada en pruebas, es de extrema importancia una relación terapéutica que contemple la opinión del paciente.

En el mismo volumen de la revista en la que fue publicado este meta-análisis (BMJ 2000, vol 321), se incluyó una editorial efectuada por Kapur y Remington en la que se reseñan varios puntos de interés complementarios. Nosotros destacamos dos de ellos que resultan esenciales en el marco de este trabajo. Así, por una parte los autores no ponen en duda el beneficio de los atípicos en cuestiones de tolerancia más que de eficacia antipsicótica; se recuerda que los efectos secundarios extrapiramidales, son nucleares en la vivencia de los aquejados. Por otra parte, reseñan el entusiasmo con el que los nuevos fármacos son recibidos por los pacientes y sus cuidadores, lo que conllevaría a priori una preferencia por los mismos.

El segundo meta-análisis mencionado (Davis et al. 2003) continúa la polémica y, de hecho, emite alusiones directas hacia el estudio de Geddes y sus colaboradores. Sin embargo, a diferencia de éste, parte de una premisa favorable hacia los neurolépticos de segunda generación.

Cuenta con el mismo objetivo que el anterior, pero más desglosado: meta-análisis de ensayos aleatorizados que comparan eficacia entre clásicos y atípicos, estudio de las diferencias entre los segundos, análisis dosis-respuesta de clásicos y nuevos y, por último, observación de las diferencias en eficacia cuando se compara con altas dosis de neuroléptico convencional.

Para ello, se seleccionan los ensayos clínicos realizados con pacientes esquizofrénicos entre Enero 1953 y Mayo 2002. La procedencia de los mismos es muy amplia: MEDLINE, International Pharmaceutical Abstracts, CINAHL, PsychINFO,

Cochrane, listas de referencias bibliográficas reflejadas en artículos de revistas, FDA, Freedom of Information Act, pósters y datos no publicados procedentes de las revisiones de la Cochrane, otros meta-análisis, conferencias y manuscritos presentados para publicar.

Se obtienen un total de 124 ensayos controlados aleatorizados que proporcionan datos de eficacia sobre 10 antipsicóticos de segunda generación frente a los clásicos (18.272 pacientes), y 18 estudios de comparación entre atípicos (2748 pacientes).

Los resultados contemplan diversos matices, a destacar: eficacia de clozapina, amisulpiride, risperidona y olanzapina mayor que los antipsicóticos convencionales, ausencia de diferencias significativas con aripiprazol, quetiapina, ziprasidona, sertindol, zotepina y remoxipirida, no diferencias en eficacia entre amisulpiride, olanzapina y risperidona y no evidencia de que la dosis control de haloperidol afecte los resultados.

Si bien es cierto que la conclusión final resulta poco concreta: “algunos antipsicóticos de segunda generación son más eficaces que los convencionales pero, a su vez, el grupo de los atípicos no es homogéneo”, la olanzapina, risperidona y amisulpiride se contemplan como tratamientos de primera línea.

Entre las limitaciones del estudio, los autores señalan que no todos los abandonos son sinónimo de problemas de tolerancia ya que, frecuentemente, el cese de cumplimentación es debido a falta de percepción de eficacia por parte de los pacientes. Recuerdan que los meta-análisis, con frecuencia, no pueden precisar diferencias cualitativas de este tipo.

1.2.2 Estudio CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness)

Por el impacto mediático que ha tenido, resulta justificado continuar esta descripción con el estudio CATIE en sus diferentes fases.

Se trata de un estudio estadounidense compuesto por tres fases, financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH). Su origen reside en la inquietud de los investigadores por comprobar si los nuevos antipsicóticos realmente superan a los clásicos en eficacia; parten de la base de que, pese a su uso masivo, las diferencias no son tan evidentes ya que la supuesta reducción de síntomas negativos pudiera ser una consecuencia directa de la menor intensidad de efectos adversos más que de una acción terapéutica como tal. Los autores también cuestionan el resultado de los nuevos agentes sobre las recaídas, funcionamiento social, calidad de vida, resultados a largo plazo y carga familiar, sin olvidar la marcada diferencia de costes económicos respecto a los clásicos. Rescatan a la clozapina de este debate y la califican como incuestionablemente eficaz. Contemplan para ello diversos ámbitos asistenciales.

La fase primera, CATIE 1, doble ciego, se llevó a cabo en el período 2001-2004 y participaron 57 centros. El protocolo fue publicado y expuesto a debate (Schizoph. Bulletin, 2003) y a su vez fue juzgado por asociaciones de enfermos expertos y administradores. Tuvo por objetivo comparar un antipsicótico clásico antagonista del receptor D2, la perfenazina 8-32 mg/día, con varios atípicos al uso con menor afinidad por dicho receptor dopaminérgico (risperidona 1.5-6 mg/día, olanzapina 7.5-30 mg/día y quetiapina 200-800 mg/día); la ziprasidona se incorporó al estudio en el año 2002, debido a su comercialización más tardía (FDA).

Participaron un total de 1493 pacientes, todos ellos diagnosticados de esquizofrenia, si bien 33 fueron excluidos antes de comenzar a cumplimentar por falta

de datos. El período estipulado para tomar el tratamiento asignado aleatoriamente, fue de 18 meses.

Se consideró la discontinuación de la toma por cualquier motivo como parámetro principal, a sabiendas de que la interrupción no es equivalente a abandono terapéutico. Secundariamente, se sondearon los motivos que llevaron a los pacientes a ello. Adicionalmente, se analizaron las valoraciones resultantes de las escalas PANSS y CGI.

Las dosis farmacológicas medias empleadas fueron de 20.8 mg/día para perfenazina, 20.1 mg/día para olanzapina, 543.4 mg/día para quetiapina, 3.9 mg/día para risperidona (muy bajas) y 112.8 mg/día en el caso de la ziprasidona.

Entre los resultados, destaca con luz propia el porcentaje de ceses de cumplimentación antes del tiempo estipulado: 74 % (1061 de los 1432 pacientes que únicamente recibían una dosis diaria); las diferencias generales entre fármacos no fueron muy significativas. En líneas generales, 1/3 abandonan el tratamiento, a 1/3 se les cambia por pérdida de eficacia o por efectos secundarios y el tercio restante continúa. Independientemente de los sesgos que los mismos autores contemplan en su estudio, es incuestionable la falta de eficacia existente tanto con clásicos como con atípicos, simplemente por la altísima tasa de discontinuación del tratamiento demostrada.

Respecto a los motivos, en el estudio se señala la ganancia de peso o efectos metabólicos atribuidos a la olanzapina y los extrapiramidalismos a la perfenazina. Sin embargo, la primera fue considerada más eficaz por contar con mayor tasa de duración de cumplimentación según criterios temporales. No obstante, sucesivos ajustes estadísticos conllevan finalmente una imposibilidad de comparación firme entre los productos empleados.

La segunda fase del CATIE, también aleatorizado, doble ciego, tiene por objetivo conocer si tras la falta de efectividad de un primer antipsicótico atípico empleado en el CATIE 1, un segundo atípico (olanzapina, quetiapina, risperidona o ziprasidona) demuestra mejores resultados. Se contempla que, si el aumento de peso supuso una razón para el abandono, la ziprasidona podría resultar más efectiva en contrapartida.

Se cuenta con 444 pacientes diagnosticados de esquizofrenia que discontinuaron un atípico por falta de tolerabilidad, por decisión propia o por falta de eficacia, pero con reticencia a probar con clozapina. El criterio de eficacia también se registra por el tiempo de cumplimentación, pues ello supone implícitamente posibilidades de mejora potencial, teniendo en cuenta las dificultades al respecto existentes en el abordaje de la esquizofrenia.

Los rangos de dosis empleados fueron de 7.5-30 mg/día con olanzapina, 200-800 mg/día con quetiapina, 1.5-6 mg/día con risperidona y de 40-160 mg/día con ziprasidona.

Los resultados reportan un 74% de discontinuaciones, porcentaje similar a la fase 1. Se registró un tiempo de cumplimentación más prolongado en los pacientes tratados con risperidona (media: 7 meses) u olanzapina (media: 6.3 meses), que con quetiapina (4 meses) y ziprasidona (2.8 meses).

Entre los pacientes que habían interrumpido el tratamiento previo por ineficacia (N=184), olanzapina resultó más eficaz que quetiapina y ziprasidona, y risperidona más eficaz que quetiapina.

No se apreciaron diferencias significativas entre los que habían interrumpido el tratamiento previo por intolerancia.

Olanzapina mostró diferencias estadísticamente significativas en la mejora de la PANSS con respecto a quetiapina y ziprasidona, no con respecto a risperidona. No se apreciaron discrepancias en el CGI.

Respecto a los efectos adversos, se le atribuyeron a la risperidona mayores alteraciones en la esfera sexual y aumentos en la PRL, y se mantuvieron las quejas metabólicas alrededor de la olanzapina.

Se finaliza el estudio, pues, de forma muy semejante a la fase 1, sin resultados concluyentes. Entre los atípicos, destacan la olanzapina y risperidona como más eficaces según el criterio de tiempo de cumplimentación y no se cumple la expectativa depositada sobre la ziprasidona (no mejora la adherencia por el hecho de no contribuir en el peso).

El diseño de este estudio, contempla una segunda fase paralela, también doble ciego y aleatorizada, que incluye 99 pacientes diagnosticados de esquizofrenia que habían abandonado el tratamiento con un antipsicótico atípico durante la fase 1 del CATIE por eficacia inadecuada, y que estaban dispuestos a probar la clozapina entre las alternativas.

El interés parte de la falta de claridad científica sobre los pasos a seguir, cuando se plantea el cambio de tratamiento. La inquietud investigadora estriba, principalmente, en la identificación del momento idóneo para la introducción de la clozapina y su eficacia en comparación con el resto.

Fueron aleatorizados a este estudio un total de 49 pacientes con clozapina de forma abierta (dosis media de 332.1 mg/día) y el resto de forma ciega con olanzapina (19, dosis media de 23.4 mg/día), quetiapina (15, dosis media de 642 mg/día) o risperidona (16, dosis media de 4.8 mg/día).

Entre los resultados, destaca de nuevo un porcentaje muy elevado de discontinuación (69%), pero resalta la clozapina sobre el resto en cuanto al tiempo de toma (10.5 meses de media respecto a los 3 meses del resto). Este fármaco, es el menos discontinuado por la muestra por “decisión del paciente”. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tolerancia.

La clozapina también sale victoriosa en los resultados de la PANSS (empatada con la olanzapina) y de la CGI.

El reducido tamaño muestral impide una significación estadística sólida y la administración de clozapina de forma abierta supone un claro sesgo en la valoración para los clínicos.

1.2.3 Guías de consenso

Como hemos anticipado anteriormente, nos centraremos en las Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales (RTM-III) y en el Consenso Clínico Español sobre adherencia al tratamiento en la Esquizofrenia, ambas elaboradas en el ámbito nacional y esponsorizadas.

Las primeras (RTM-III), en su capítulo dedicado a la esquizofrenia, establecen los siguientes parámetros:

- La elección del antipsicótico dependerá del conocimiento y la experiencia del clínico y de la intención de evitar o minimizar los efectos secundarios. Una vez demostrada la eficacia terapéutica de los antipsicóticos de segunda generación, con menores efectos secundarios de tipo extrapiramidal y vegetativo que los de primera generación, el criterio de selección actual depende de los síntomas del paciente.

- Se recomienda el empleo de un antipsicótico de segunda generación en los siguientes casos: presencia de signos extrapiramidales que supongan una molestia evidente para el paciente, presencia de sedación no deseada que interfiera en el rendimiento habitual, presencia de síntomas vegetativos clínicamente significativos como para aconsejar el cambio de tratamiento, síntomas alucinatorios o persistentes a pesar del empleo de dosis habitualmente terapéuticas del antipsicótico clásico, síntomas negativos predominantes no modificados por el tratamiento previo y abandonos reiterados del tratamiento anterior atribuibles a quejas sobre los efectos secundarios de la medicación anterior.

Como se puede evidenciar, no quedan reflejadas prioridades o comparaciones de eficacia entre antipsicóticos de primera y segunda generación. Las recomendaciones se fundamentan en matices de tolerancia, sin ser mencionada la experiencia subjetiva.

El Consenso Clínico Español sobre adherencia al tratamiento en la Esquizofrenia (2007), es un comité de expertos que diseñó un cuestionario específico de 40 preguntas con 293 opciones, que fue enviado a 383 psiquiatras de un Grupo de Trabajo sobre Adherencia Terapéutica. Se recibieron 326 respuestas a través de un sistema electrónico que garantizaba confidencialidad. La temática abordada fue: definición y valoración general de la adherencia en la esquizofrenia, factores implicados, estrategias de intervención en pacientes ambulatorios / agudos y manejo de fármacos antipsicóticos orales, inyectables de larga duración y otras terapias no farmacológicas. Se asignaron valores de estrategia de elección, primera, segunda o tercera línea, según las respuestas obtenidas para cada ítem.

Los expertos definen como *cumplidor* a aquel paciente que deja de tomar menos del 20% de la medicación prescrita, *parcialmente cumplidor* al que deja de tomar entre un 20 y un 80% e *incumplidor* al que abandona más del 80%.

Entre los resultados, existe un máximo acuerdo en considerar la gravedad del problema de la adherencia, su repercusión en las recaídas, la evolución clínica y el aumento de costes sanitarios. Se insta a mejorar la alianza terapéutica y calidad de vida, pero no se efectúa mención alguna a la experiencia subjetiva del paciente

Las estrategias preferidas para evaluar la adherencia son: el registro de la administración de los inyectables y la determinación de concentraciones plasmáticas.

El Consenso considera que es preciso intervenir de manera específica cuando el paciente ha sufrido ya varias recaídas a causa de un bajo cumplimiento terapéutico, se detecta una nula conciencia de enfermedad o existe comorbilidad con el consumo de tóxicos.

La psicoeducación es la estrategia no farmacológica con un mayor grado de consenso en caso de necesidad de intervención. Los tratamientos con antipsicóticos atípicos inyectables de larga duración, obtienen el mayor grado de acuerdo como estrategia farmacológica de primera elección en diversas situaciones clínicas para mejorar la adherencia.

Desde la perspectiva de importancia de la experiencia subjetiva en la que se enmarca nuestro trabajo, es reseñable que en este Consenso no se efectúe mención alguna sobre la vivencia del cumplimentador. Enlazado con ello, resalta el hecho de que preguntar al paciente por los motivos de rechazo de la toma, es contemplado como una opción de tercera línea.

Llama también la atención el cambio en las tendencias terapéuticas que se exponen, contemplándose el antipsicótico atípico inyectable de larga duración como una estrategia de 1º línea ante recaída en pacientes de inicio reciente.

1.2.4 Críticas desde la importancia de la experiencia subjetiva

A lo largo de este apartado, ya hemos ido aventurando la ausencia de contemplación de la subjetividad como criterio de valoración comparativa entre antipsicóticos.

Como contrapunto contemporáneo, expondremos a continuación la estimación que al respecto emiten varios equipos de investigadores en la actualidad. Nuestra intención, más allá de la exhaustividad, es avalar el interés científico paralelo que de forma creciente se contempla al respecto.

Comenzamos con el equipo alemán de Karow, Schnedler y Naber, quienes publican en 2006 un artículo en el que reflejan los criterios de preferencia entre clásicos y atípicos por parte de los pacientes. Para ello, escogen una muestra de 61 esquizofrénicos, tratados a nivel hospitalario y ambulatorio, con experiencia con antipsicóticos típicos y atípicos de 5 años como mínimo (al menos una semana con cada uno).

Utilizan entrevistas semiestructuradas adaptadas a las dificultades de comprensión y expresión de los pacientes. Al final de las mismas, se les pregunta por su experiencia de diferencias generales entre tipos de fármacos, y preferencia por alguno de ellos.

Entre los resultados, se encuentra una evidencia fuerte a favor de atípicos en dominio de síntomas negativos, cognitivos y afectivos. Sin embargo, no se replican las distinciones entre clásicos y atípicos en cuanto a mejoría de síntomas positivos.

Se halla una relación ligera pero estadísticamente significativa a favor de los atípicos sobre la sedación, lo que puede ser en parte explicado por la anhedonia, parkinsonismo y otros efectos motores derivados de los típicos.

Los autores hipotetizan que la eficacia similar de ambos tipos sobre la ansiedad, puede ser explicada por la relación de la misma con los propios síntomas de la psicosis. Así, aunque los pacientes fueron entrevistados tras estabilización, se cuenta con la frecuente persistencia de síntomas psicóticos en dicho momento clínico. Ello no fue contemplado como un sesgo, pues varios estudios reflejan que el estado psicopatológico de los pacientes explica únicamente un 5-10 % de la varianza en experiencia subjetiva.

Se plantea que bajas dosis de antipsicóticos clásicos conllevan una opinión favorable de los mismos, mientras que durante un tratamiento prolongado es cuando se rescata de forma más evidente el beneficio derivado de los atípicos. Los autores sugieren que, no obstante, no existe un antipsicótico de segunda generación mejor para todos los individuos.

La cuestión de la dosis es, para este equipo investigador, muy importante. Cambiar el tratamiento por tolerabilidad, parece más exitoso que por eficacia insuficiente.

Se sugiere la necesidad de que los clínicos e investigadores tomen más en serio las quejas subjetivas de los pacientes, ante la evidencia fuerte de que la disforia inducida por neurolepticos conlleva incumplimentación, peores resultados y menor calidad de vida; así pues, el cambio temprano en el bienestar subjetivo sería un buen predictor de cumplimentación.

Por último, no desestiman la importancia de la actitud, pues únicamente los pacientes con una disposición positiva hacia el tratamiento, estarán de acuerdo con una cumplimentación a largo plazo.

Manteniendo el debate de preferencia entre tratamientos (clásicos / atípicos) por parte de los pacientes desde la perspectiva de la subjetividad, el mismo grupo con Naber como interlocutor, en su intervención para el European Institute of Healthcare celebrada en Diciembre 2006 en Bruselas, hacen hincapié en aspectos determinantes en la práctica clínica.

Estos autores parten de la evolución en los objetivos terapéuticos durante los pasados 40 años, para contextualizar el interés del tema: reducción de productividad psicótica y cumplimentación (1960), síntomas negativos y déficit neuropsicológico (1980), calidad de vida, déficits funcionales y bienestar subjetivo (1990), detección precoz (2000) y remisión / recuperación (2005). Centran el interés científico actual en la influencia de los efectos secundarios sobre las actitudes hacia el tratamiento y la consecuente cumplimentación.

Sus premisas teóricas conllevan complejidad e imposibilidad de generalización, pues parten de las particularidades intrínsecas a cada individuo.

Así, existe una enorme variación en la repercusión de los distintos efectos adversos entre los cumplimentadores. Por ejemplo, la sedación es incómoda para muchos, mientras es buscada por aquellos más ansiosos o insomnes. Según los autores, los pacientes deberían ser informados sobre los efectos secundarios potenciales; su actitud al respecto precisa ser explorada, para registrar qué consecuencias serían intolerables.

Aunque el perfil de efectos adversos de los diferentes antipsicóticos es bien conocido, la probabilidad de predicción individual es actualmente imposible. Durante el comienzo del tratamiento, los pacientes deberían ser estrechamente monitorizados con este objetivo.

A su vez, la impresión de los clínicos puede ser marcadamente diferente de la percepción de las personas que toman una medicación, por ejemplo: los psiquiatras sobrestiman los extrapiramidalismos, los efectos en la esfera sexual se exploran de forma superflua y las restricciones afectivas como la disforia o anhedonia son a menudo confundidas con síntomas negativos de la enfermedad. Es de interés estimar las estrategias de afrontamiento de las que dispone el paciente respecto a los efectos adversos, para valorar la introducción de un perfil de fármaco concreto.

Los antipsicóticos atípicos, bien empleados, sin duda ofrecen la posibilidad de una considerable mejoría en el nivel de funcionamiento. Pero el fármaco en sí no es el único determinante, pues sobre el paciente confluyen aspectos actitudinales, la gravedad clínica, experiencias previas con los tratamientos y, con igual importancia, vivencias de hospitalización, trato recibido en el ámbito sanitario y alianza terapéutica.

Los resultados discrepan cuando se aborda el mismo tema con escalas hechas por especialistas y cuando se les pregunta a los aquejados directamente.

Otros investigadores como Sibitz y colaboradores 2005, hablan de farmacofilia y farmacofobia según aspectos actitudinales. En su estudio con 92 pacientes esquizofrénicos en un programa psicoeducativo ambulatorio, emplean la escala DAI (Drug Attitude Inventory) con tal fin. Curiosamente, las diferencias entre la aceptación y rechazo de la toma, únicamente guardaron relación con la historia de hospitalización.

No se evidencia una mejor actitud entre los cumplimentadores de atípicos, hecho que resulta consistente con otros estudios (Cabeza 2000, Gervin 1999, Hofer 2002, Löffler 2003), pero contrasta con los resultados de Lambert 2003, lo que puede ser debido al pequeño tamaño muestral y la variedad en las condiciones de tratamiento.

Los pacientes frecuentemente recibían más de un antipsicótico y una o más medicación adicional, práctica común en psiquiatría. La única distinción útil, reside en

la experiencia de enfermar y trayectoria de hospitalizaciones, hecho que está en consonancia con algunos estudios previos, pero no con otros. La confianza en el tratamiento decrece en aquellos que han recaído pese a una supuesta cumplimentación correcta.

La actitud hacia el tratamiento es influida sólo por la experiencia personal, lo que motiva al clínico a seleccionar el fármaco correcto a las dosis correctas tras escuchar a los pacientes, al igual que Naber y su grupo proponen.

Por último, Hofer y colaboradores (2004) se centran en la calidad de vida con diversos antipsicóticos. Consideran este aspecto como clave en la evolución, desde la perspectiva de la complejidad que conlleva el constructo. Entre los factores relevantes en ello contemplan: severidad de los síntomas, reacciones adversas por antipsicóticos, variables sociodemográficas y la respuesta subjetiva al tratamiento.

Como en trabajos previos, se utiliza la escala DAI (Drug Attitude Inventory) en este estudio, transversal y efectuado con pacientes estables que han probado diferentes antipsicóticos. Ello limita generalizaciones de resultados, ya que no se incluyen a los no cumplimentadores. Los pacientes de esta muestra, podrían ser calificados como complacientes.

La mitad valoran su vida como satisfactoria. En esta muestra, las relaciones sociales y la salud mental se contemplaron como negativas en la experiencia subjetiva. A su vez, la actitud reticente hacia el tratamiento influyó negativamente en la calidad de vida.

Llamativamente, pero de acuerdo con reflexiones de Gerlach y Larsen que hemos anticipado con anterioridad, los autores hipotetizan que una duración relativamente larga de enfermar (sobre 12 años), puede haber permitido a los pacientes aceptar su enfermedad, ajustar sus expectativas de vida, su estado de salud y sus

recursos disponibles. Ello va en consonancia con el hecho de que los pacientes mayores estuvieron más satisfechos que los jóvenes en este estudio.

Pese a que la mayor parte (74%) de la muestra estaba tratada con atípicos, los SEP fueron contemplados como influyentes en la satisfacción vital y la autoestima. Las reacciones adversas más propias de los antipsicóticos de segunda generación como la sedación o aumento de peso, influyeron menos en la calidad de vida que las RAM derivadas de la ocupación de receptores D2. Ello concuerda con los hallazgos de Voruganti, en el sentido de que la calidad de vida mejora al cambiar neurolépticos clásicos por atípicos. El tamaño muestral, insisten, puede haber sesgado la valoración de otras RAM como acatisia, disfunción eréctil y depresión como efecto secundario.

Si se contempla que la DAI representa un indicador indirecto de cumplimentación, se enfatiza en la importancia de tener en cuenta la experiencia subjetiva de los pacientes por la implicación que ello tiene sobre la calidad de vida y adherencia terapéutica.

Los autores concluyen atendiendo a la complejidad inherente a la calidad de vida en general y a la experiencia subjetiva en particular en la esquizofrenia, y en su estudio no puede desestimarse la importancia de la actitud de los pacientes hacia el tratamiento.

1.3 El paciente psicótico y la experiencia subjetiva con el tratamiento

Como se ha esbozado en los dos apartados anteriores, el estudio de la experiencia subjetiva bajo efectos de un tratamiento como el antipsicótico es complicado, ya que los pacientes desarrollan respuestas adaptativas a los efectos secundarios, la percepción de sí mismos está sesgada y existe un componente de estigma social que engrana complejidad. La introducción de un antipsicótico lleva al paciente a interpretar los cambios psicológicos que sufre, hecho que repercute

directamente en la respuesta comportamental y en el resultado clínico final (Awad 1989).

Así, según Naber (1995), el discomfort cognitivo y emocional derivado de la cumplimentación de neurolépticos ha recibido diversas nomenclaturas a lo largo de los años: “agotamiento post-remisión” (1967), “depresión farmacógena” (1969), “depresión acinética” (1975-1978), “disforia por neurolépticos” (1991), “depresión neuroléptica” (1991), “anhedonia inducida por neurolépticos” (1991), “síndrome deficitario inducido por neurolépticos” (1993). Los diferentes matices clínicos, con sus repercusiones, se han intentado englobar sindrónicamente y, de esta forma, ser medidos. La motivación para ello se ha basado, más allá del interés fenomenológico, en la evidencia de que cuando la experiencia subjetiva es desfavorable el pronóstico claramente empeora.

Teniendo este proceso en cuenta, la noción de “respuesta disfórica” a los neurolépticos como desorden de la tolerancia vinculado a la interacción de aspectos farmacodinámicos de los agentes con la neurobiología individual propuesto por Voruganti y Awad en el año 2004, debería ser completado con el “proceso subjetivo” asociado a la personalidad del individuo y al contexto (Barberá et al. 2006). De esta forma, mientras la primera noción de respuesta disfórica sería accesible a la medida mediante escalas psicométricas al uso, los procesos subjetivos resultarían difícilmente cuantificados de esta manera y, comprensiblemente, se escaparían de la simplificación inherente a los métodos experimentales clásicos (Munárriz y Sanjuán 2001).

Bajo la tesis expuesta y con el aval de la literatura revisada, cabe destacar la diferenciación de dos cuadros dentro de la experiencia subjetiva con los antipsicóticos (Tabla 1).

El primero guarda relación con la experiencia inmediata que produce la medicación y se correspondería con lo que Van Putten denominó “disforia a

neurolépticos” en 1978. Se ha sugerido que esta sensación desagradable aguda, puede guardar relación con el grado de bloqueo D2 a nivel límbico. De Haan y colaboradores (2003), trataron de establecer mediante SPECT el nivel de ocupación D2 necesario para provocar el grado óptimo de experiencia subjetiva, tanto con olanzapina como con haloperidol. Mediante una prueba efectuada a un grupo de 24 pacientes esquizofrénicos, llegaron a la conclusión que el grado ideal de ocupación rondaría el 60-70%. Según este modelo, la disforia a los neurolépticos estaría estrechamente relacionada con los perfiles farmacodinámicos, moleculares y farmacogenéticos de cada paciente (polimorfismos en D2). Esta hipótesis coincide con la propuesta de Kapur (2003), quien plantea que el mecanismo antipsicótico reside en la disminución del efecto emocional exagerado derivado de una liberación excesiva de dopamina. La pregunta no respondida hasta la fecha reside en ver hasta qué punto las respuestas disfóricas están relacionadas con el nivel de ocupación D2, de forma independiente o a través de los efectos secundarios extrapiramidales.

En el otro extremo estaría la “experiencia subjetiva” como vivencia compleja a medio-largo plazo; se trata de las explicaciones que elabora el paciente sobre el efecto de la medicación. Esta teoría, generada de forma consciente e inconsciente, es el resultado de la disforia inicial asociada a la personalidad, el grado de *insight*, la percepción de eficacia de la medicación, los efectos secundarios a medio plazo y el entorno familiar y cultural. Guarda relación con la calidad de vida, es un constructo mucho más complejo en el que influyen muchas más variables que en la disforia a neurolépticos.

Creemos que es muy importante diferenciar ambos conceptos para, de esta forma, poder empatizar con el proceso intrapsíquico y físico aquejado por los pacientes.

Tabla 1. Diferencias entre efecto agudo “disforia a neurolépticos” y efecto a medio-largo plazo “experiencia subjetiva”

	Disforia a Neurolépticos	Experiencia Subjetiva
Momento de aparición	Efecto inmediato con primeras dosis	Elaboración con el uso crónico
Posible explicación etiopatogénica	Grado de bloqueo D2	Sumatorio de vivencias con la medicación, personalidad y el entorno del paciente
Relaciones	Vulnerabilidad genética Farmacodinamia	Afectación de la calidad de vida subjetiva
Repercusión clínica	Rechazo Intolerancia inmediata	Mala cumplimentación a largo plazo
Escalas más adecuadas	NDS DRI	DAI ROMI SWN MARS ANT

Por todo lo expuesto, el punto de vista sobre la eficacia de un fármaco desde la perspectiva del paciente, puede ser muy diferente de la del clínico (Van Putten et al. 1984 y Fitzgerald et al. 2003), por ejemplo, el efecto calmante y relajante puede ser mejor valorado que la actividad antipsicótica como tal (Angermeyer et al. 2001). En diversos estudios se ha comprobado que la perspectiva del psiquiatra al respecto tiende a resultar más optimista que la realidad vivida por el afectado (Hellewell 2000).

Una buena revisión bibliográfica que enfatiza en estos aspectos, es la llevada a cabo por Marder en el año 2005. Así, en la misma se asume la evidencia de que los antipsicóticos de segunda generación causan menor experiencia de disforia, lo que se atribuye al grado de bloqueo dopaminérgico comprobado en estudios de neuroimagen.

Se discute si la disforia es el resultado de efectos secundarios extrapiramidales (particularmente acatisia y acinesia) o es una consecuencia directa del bloqueo de dopamina. En la línea de lo anteriormente expuesto, la primera opción contemplaría la “experiencia subjetiva” derivada de la repercusión de los efectos extrapiramidales y la

segunda la sensación sufrida las primeras horas o días tras la toma, incluso antes de tener lugar el efecto terapéutico (“disforia” por neurolépticos).

Los datos de revisión que exponen, coinciden con resultados bibliográficos que hemos anticipado al inicio de este manuscrito y que continuaremos analizando en apartados posteriores. En resumen, los autores que mencionamos a continuación han sido destacados en la materia que nos ocupa:

- Sawner – Forner (1961) fue el primero en apreciar la importancia de los efectos secundarios en la experiencia del sujeto y en la repercusión que ello tiene en la relación terapéutica.

- Van Putten (1978) fue el primero en documentar el impacto de la disforia en el resultado clínico. También fue el primero en proponer la asociación entre SEP como acatisia y acinesia como determinantes de la disforia.

- Hogan y Awad (1992) replican esta relación entre experiencia subjetiva y resultado clínico posterior. Asocian también la disforia con SEP. Awad y colaboradores (1997) también plantean que los determinantes de la calidad de vida subjetiva se centran en la respuesta clínica junto a la acatisia y disforia.

- Halstead et al. y Newcomer et al. (1994), relacionan la acatisia con la disforia y proponen una relación con la dosis de tratamiento.

- Browne et al. (1998) abogan por la importante relación entre la disforia inducida por neurolépticos y la calidad de vida.

- De Haan et al. (2003), como hemos mencionado al inicio de este apartado, monitorizan la ocupación de los receptores D2 y la respuesta subjetiva en pacientes tratados con haloperidol y olanzapina.

- Voruganti y Awad (2004 y 2005) sugieren una vulnerabilidad individual al desarrollo de disforia. Así, los individuos con baja actividad dopaminérgica, serían más

vulnerables a la disforia neuroléptica. Los autores van más allá y proponen mecanismos independientes entre disforia y SEP. Aunque ambos se relacionarían con la ocupación D2, en la región del Núcleo Accumbens se traduciría en disforia y en el sistema nigroestriado en SEP.

Como vemos, autores actuales y muy relevantes en el estudio de la experiencia subjetiva, por separado, apostarían por una mejor experiencia subjetiva con antipsicóticos atípicos atendiendo a su mecanismo de acción. Este puede ser el avance más importante derivado de estos fármacos, desde este punto de vista.

1.4 Metodología cuantitativa en la evaluación de la experiencia subjetiva

1.4.1 Conceptos generales

Las corrientes dominantes de la Psicología y Psiquiatría se han asentado en la medición y cuantificación de los fenómenos mentales, normales o patológicos, para su estudio. La sensación subjetiva que tiene el paciente al tomar medicación antipsicótica, no se escapa de esta norma.

Desde finales de los años 70, varios autores de forma consecutiva han canalizado su interés por este tema y creado instrumentos de medida basados en hipótesis de diferentes perfiles. Los enfoques han sido diversos y complementarios, ubicando su peso en diferentes aspectos relevantes desde la trastienda de la experiencia. De los nombres de las escalas se deduce la orientación subyacente.

Los primeros intentos se dirigen a la captación de la “disforia”, definida de forma separada del síndrome depresivo del paciente en proceso de recuperación psicótica y de la clínica afectiva existente en el paciente no tratado.

Singh (1976) señala la imposibilidad de generalizar en cuestiones de tolerancia debido a la heterogeneidad de la esquizofrenia, diferencias inter-individuales en el metabolismo farmacológico que pudieran estar fundamentadas en determinaciones genéticas, perfiles farmacológicos e interacción con el medio ambiente. Observa que la disforia no está únicamente relacionada con los efectos extrapiramidales o especificidades farmacocinéticas.

Hogan y colaboradores en 1985 exponen un proceso de experiencia subjetiva consistente en sucesivos pasos: fármaco- nivel plasmático- efecto en receptor celular - repercusión orgánica - interpretación subjetiva del efecto farmacológico - respuesta comportamental y psicológica, sometidos a condiciones individuales concretas en el tiempo. La interpretación del paciente sobre el efecto farmacológico es lo que denominan “actitudes”, amplían sus miras más allá de la disforia y se disponen de nuevo a medir.

Autores posteriores como Naber (1999), Thompson y colaboradores (2000) y Kampman y colaboradores (2000), se preocupan por cuestiones de calidad de vida y cumplimentación, perciben que las repercusiones cognitivas y emocionales de los neurolépticos suponen una razón de peso para el rechazo de la toma. En sus escalas, entienden que las respuestas a las preguntas formuladas no pueden ser dicotómicas, requieren de una gradación que refleje la complejidad.

En definitiva, se opta por este método cuantitativo pensando en aras a lo pragmático, en un intento de extender este punto de vista a la práctica clínica diaria. Con dicha intención, el diseño de algunas escalas contempla el formato breve (Awad 1993 y Naber et al. 2001) o la aptitud para captar la experiencia subjetiva en diferentes momentos evolutivos.

1.4.2 Revisión de las escalas de evaluación de la experiencia subjetiva con antipsicóticos

Presentamos una revisión de las escalas publicadas en los últimos 40 años. Para ello, se han revisado los artículos de revista aparecidos en PubMed con las combinaciones de las entradas: subjective experience, dysphoria, neuroleptics, antipsychotic treatment, psychosis, schizophrenia y scale. Se han obtenido ocho escalas: NDS, DRI, DAI-30, ROMI, SWN, MARS, ANT y PETiT, y dos versiones cortas de dos de ellas (DAI-10 y SWN - versión corta -).

Vamos a revisarlas, por orden cronológico, resaltando sus características, propiedades psicométricas y limitaciones (Tabla 2).

NDS (Van Putten y May 1978)

Los primeros en desarrollar una escala para la valoración de las sensaciones subjetivas fueron Van Putten y May en 1978. La escala NDS (Neuroleptic Dysphoria Scale) consistía en una entrevista semi-estructurada para evaluar la respuesta del paciente a cuatro preguntas generales: “¿Cómo te encuentras con la medicación?, ¿Te afecta en el pensamiento?, ¿Te hace sentir más calmado?, ¿Piensas que es una buena medicación para tí?”. El evaluador debía valorar la respuesta del paciente y profundizar en la misma hasta traducirla a una puntuación gradual en escala likert (de + 11 = máxima sensación positiva a - 11 = máxima sensación negativa), lo que implicaba un margen de respuesta desde + 44 (respuesta eufórica máxima) a - 44 (respuesta disfórica máxima). Evaluaron un total de 42 pacientes esquizofrénicos ingresados a los que administraron 2,2 mg/kg de clorpromazina, observando las consecuencias al inicio, a las 4 y a las 24 horas. Repitieron una dosis de clorpromazina 2,2 mg/kg a las 25 horas y otra de 4,4 mg/kg a las 36 horas, comprobando las consecuencias a las 48 horas.

Veinticinco pacientes (60%) tuvieron una respuesta que los autores calificaron de “eufórica” y diecisiete (40%) presentaron una respuesta “disfórica”. De estos últimos, en cuatro la respuesta disfórica fue tan pronunciada que los pacientes rehusaron continuar el tratamiento y tuvieron que ser excluidos del estudio. Los autores no encontraron una relación entre el grado de disforia y la psicopatología previa al tratamiento o la duración de enfermedad. En estudios posteriores (1980 y 1981), tampoco pudieron identificar una asociación entre el grado de disforia y la dosis de tratamiento o los niveles plasmáticos.

Como principal resultado de estos estudios, se sugirió que una respuesta disfórica inicial era un predictor potente del resultado inmediato del tratamiento y que los efectos subjetivos asociados a la administración de antipsicóticos podrían predecir la cumplimentación a largo plazo.

Entre las ventajas de esta escala, cabe destacar la posibilidad de una gradación amplia en la respuesta y el uso en fases agudas de enfermedad.

Entre las desventajas resaltar, en primer lugar, el requerimiento de un entrenamiento por parte del entrevistador. Por otro lado, al tratarse de una escala con pocos items y quizás excesivamente amplios, no permite una buena discriminación de la complejidad del fenómeno subjetivo; esta última limitación resulta particularmente importante en el seguimiento de los pacientes ambulatorios.

Se trata pues de una de las mejores formas de medida subjetiva de respuesta global al tratamiento neuroléptico, para pacientes psicóticos en fase aguda.

DRI (Singh y Kay 1979)

Prácticamente contemporáneos a los autores anteriores, Singh y Kay coinciden en que la instauración temprana de disforia en el tratamiento neuroléptico augura un pobre resultado terapéutico y un pronóstico desfavorable. Así, en 1979 publican un estudio retrospectivo realizado con 58 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, a los que se aplicó de forma secuencial placebo, neurolépticos (haloperidol o clorpromazina) y antiparkinsonianos. Durante este período, se les efectuó una entrevista semiestructurada de valoración psicopatológica, resaltándose seis factores de la escala BPRS como reflejo del estado disfórico: depresión, ansiedad, ideas de culpa e inutilidad, suspicacia / ideación de tipo persecutorio, hostilidad e ideación / actuación suicida. A cada factor se le concedió un peso y la suma global fue denominada Índice de Respuesta Disfórica (Dysphoric Response Index, DRI). Los pacientes cuya puntuación fue 12 (valor medio de DRI) o superior, fueron considerados “disfóricos”; los que obtuvieron un valor inferior fueron clasificados como “no disfóricos”.

No se encontró relación entre dicha respuesta y el nivel basal de disforia, es más, se observó que los pacientes calificados como disfóricos comenzaban el tratamiento con menor grado de malestar basal respecto al otro grupo. Tampoco se apreció una asociación directa entre disforia y reacciones extrapiramidales, descartándose el tratamiento antiparkinsoniano como alivio eficaz de esta experiencia subjetiva. Aquí reside una diferencia con respecto a los resultados de Van Putten y colaboradores (1974,1978), quienes implicaron la acatisia y acinesia en la respuesta disfórica. Los datos reflejados por estos autores fueron aplicados de forma exclusiva a los tipos no paranoides de esquizofrenia.

DAI-30 y 10 (Hogan et al. 1983)

Hogan y Awad son quizás los autores que más activamente han defendido el concepto de respuesta subjetiva a los neurolépticos (1983, 1992 y 1993). Centrándose en la escasa importancia concedida al discurso del paciente sobre el tratamiento hasta ese momento, en 1983 diseñaron una escala auto-aplicada denominada Drug Attitude Inventory (DAI) para medir las sensaciones subjetivas de los pacientes esquizofrénicos con la medicación; el interés estribaba en conocer cómo el paciente se sentía con la misma, más que los conocimientos o creencias que poseía al respecto.

Dicha escala se correlaciona de forma significativa con la NDS de Van Putten y May. Consta de 30 ítems (DAI-30, 1983) y 10 ítems más específicos de experiencia subjetiva en su versión reducida (DAI-10, 1993), basados en relatos reales de pacientes grabados y transcritos. Las opciones de respuesta son únicamente verdadero / falso. Los ítems se seleccionaron por su capacidad para discriminar el grado de cumplimentación de una forma estadísticamente significativa. Los temas recogidos podrían dividirse, según el análisis factorial, en siete categorías: experiencia subjetiva positiva, negativa, modelos de salud desde la perspectiva del paciente, vivencia de control de la cumplimentación (incluye dos factores), efecto preventivo de una recaída y efectos tóxicos potenciales derivados del tratamiento.

Para su validación se le administró a una población de 150 pacientes ambulatorios con los siguientes criterios: comprensión de lengua inglesa, diagnóstico de esquizofrenia y la existencia de un terapeuta conocedor de la cumplimentación durante el año previo (54% fueron calificados como no cumplimentadores).

Entre sus conclusiones, los autores señalan que frecuentemente no resulta posible discernir si los pacientes responden refiriéndose a la respuesta subjetiva actual o a la recordada de experiencias previas. Por ello resaltan el aprendizaje

“condicionamiento interoceptivo”, que ya señalara Barofsky (1976), como importante contribuyente a la experiencia subjetiva. Coincidiendo con sus predecesores, Awad y Hogan (1994, 1995 y 1996) conciben que una respuesta terapéutica disfórica inicial es un importante favorecedor de la incumplimentación, siendo dicha experiencia notablemente resistente a intervenciones educacionales.

Entre las ventajas que ofrece esta escala, se contempla el ser autoaplicada y no verse con ello afectada por la perspectiva del investigador.

Como desventaja, señalar que no permite al sujeto más que una respuesta dicotómica, lo que consideramos es particularmente sesgado cuando tratamos de capturar algo tan dimensional como la experiencia subjetiva.

La escala DAI es probablemente la que más se ha utilizado en la investigación de la respuesta subjetiva a los antipsicóticos, quizás por la facilidad de aplicación. Comparándola con otras escalas, la DAI tiene la ventaja de ser más específica en relación con las actitudes del sujeto hacia los antipsicóticos; de la misma, como ya se ha explicitado, se infieren datos acerca de la cumplimentación. Todo ello puede hacerla útil para estudios controlados que tengan por objetivo medir diferencias en respuestas subjetivas entre tratamientos (Awad et al. 1997, Voruganti et al. 2000, Hofer et al. 2002 y Voruganti et al. 2002).

PETiT (Voruganti y Awad 2002)

Este mismo grupo de trabajo continúa profundizando en el estudio de la disforia inducida por neurolépticos, su abordaje incluye hipótesis de perfil neuropsicofarmacológico (Voruganti et al. 2001). En 2002 publican otra escala, The Personal Evaluation of Transitions in Treatment Scale (PETiT). Es auto-aplicada, compuesta por 30 ítems basados en comentarios procedentes de pacientes en primera persona y tiene

un buen comportamiento psicométrico analizado desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo. Los autores conciben la experiencia subjetiva con el neuroléptico como un vínculo que conecta el tratamiento antipsicótico y aspectos como adherencia terapéutica, calidad de vida y utilización de recursos psicosociales.

El objetivo, mediante esta escala, reside en controlar los cambios percibidos por los pacientes en tratamiento neuroléptico de forma longitudinal y acercarse a los aspectos influyentes en la evolución clínica (a corto, medio y largo plazo).

Entre las ventajas que ofrece, destaca su fácil administración sin precisar un entrenamiento específico; se propone para monitorizaciones ambulatorias.

Como desventaja, no es en principio apta para pacientes en una fase aguda de enfermedad, ni para aquellos incapaces de apreciar cambios clínicos en su evolución.

ROMI (Weiden et al. 1994)

Weiden y colaboradores, partiendo del interés por el estudio de la experiencia subjetiva con el tratamiento neuroléptico, ya en 1989 centraron su abordaje en las consecuencias sobre la cumplimentación. En 1994, publicaron una escala que denominaron Rating of Medication Influences (ROMI), la cual correlaciona también de forma positiva con las escalas NDS y DAI. Como población de estudio, contaron con una muestra de 115 pacientes esquizofrénicos recientemente altados.

Originariamente la escala se componía de 32 ítems, los 21 iniciales enfocados a los motivos de cumplimentación (ítems:1-7) e incumplimentación (ítems:8-21) desde la perspectiva del paciente y los 11 finales (ítems:22-32) dirigidos al juicio del examinador al respecto. Tras obtener coeficientes kappa sugerentes de escasa fiabilidad interexaminadores, se suprimió el tercer apartado de la escala, quedando finalmente

compuesta por 20 ítems dirigidos a los motivos por los que los pacientes optan por cumplimentar (1-7) o rechazar el tratamiento (8-20).

Entre sus ventajas, destacar que esta escala cubre más aspectos que las anteriores, incluyendo, como ya venimos anticipando, los relativos a la cumplimentación.

Como desventajas, señalar que requiere un personal adiestrado en el trato con pacientes ambulatorios afectados de esquizofrenia, no siendo aplicable en fases agudas ni por examinadores no entrenados. Sería apropiada para estudios longitudinales de pacientes ambulatorios, donde la cumplimentación fuera la clave a investigar.

En este punto, los autores sugieren que cada una de las escalas tendría un marco de utilización diferente. De esta forma, la NDS estaría más indicada en pacientes psicóticos en fase aguda, la escala DAI serviría para medir las respuestas subjetivas específicas a los fármacos y la ROMI se reservaría para cuando se considerase la necesidad de evaluar los factores influyentes en la cumplimentación en pacientes ambulatorios (Weiden et al. 1995 y 1998).

SWN (Naber 1995 y Naber et al. 2001)

Naber y colaboradores se basaron en la indiscutible influencia del “Síndrome Deficitario inducido por Neurolépticos” (Liddle y Barnes 1988, Windgassen 1992, Lader 1993 y Lewander 1994) sobre la calidad de vida, para elaborar la escala auto-aplicada SWN (Subjective Well being under Neuroleptic treatment).

Su objetivo es evaluar el bienestar subjetivo con la medicación, sin profundizar en la distinción del paciente entre efectos secundarios del tratamiento y síntomas de enfermedad. Este cuestionario tiene una relación fuerte con los síntomas negativos evaluados en la escala clínica PANSS y modesta con las escalas de depresión y calidad

de vida; no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa con cuestionarios de efectos secundarios extrapiramidales.

Fue originalmente de 54 ítems y posteriormente reducida a 38. Todas son afirmaciones en primera persona, 20 positivas y 18 negativas; las respuestas son registradas en formato likert con 6 categorías graduales. Esta versión, así revisada, se aplicó a una muestra de 280 pacientes esquizofrénicos pendientes de alta hospitalaria o que acababan de ser dados de alta. El tiempo de aplicación fue alrededor de los 15-20 minutos. De su estudio estadístico se analizaron 5 subfactores: regulación emocional, autocontrol, funcionamiento mental, integración social y funcionamiento físico. Para De Haan y colaboradores (2000, 2002 y 2003), esta escala ha mostrado unas buenas propiedades psicométricas: consistencia interna, fiabilidad test-retest y sensibilidad al cambio en una muestra de 105 pacientes esquizofrénicos, esquizoafectivos o esquizofreniformes.

Los autores sugieren que la experiencia subjetiva con el tratamiento neuroléptico es medible y debería ser tenida en cuenta en la práctica clínica y ensayos clínicos de tratamientos neurolépticos, por interferir claramente en la calidad de vida y en la cumplimentación. Señalan a su vez la escasa correlación existente entre las mejorías observadas a nivel psicopatológico y el bienestar subjetivo.

Entre las ventajas que ofrece esta escala, se contempla su fácil y rápida administración, pudiéndose aplicar en principio en la mayor parte de los estadios de enfermedad.

Una clara desventaja, a nuestro parecer, es que la formulación de los ítems no permite una buena discriminación entre los efectos subjetivos atribuibles al tratamiento y a la enfermedad u otras causas.

La versión corta SWN (Naber et al. 2001) se elaboró mediante un análisis de los items del SWN, sobre los datos de 212 pacientes esquizofrénicos hospitalizados en tratamiento con antipsicóticos típicos o atípicos. Durante el trabajo de estos autores, la comparación entre los antipsicóticos atípicos olanzapina, risperidona y clozapina, resultó favorable para la primera en cuanto a experiencia subjetiva se refiere.

Está compuesta por 20 items, cuatro por cada subescala, manteniendo una consistencia interna suficiente y buena validez de constructo. Tras comprobar de nuevo la escasa relación entre psicopatología y bienestar subjetivo, los autores concluyen con la reflexión de que un tratamiento satisfactorio debería incluir la reducción de los síntomas psicóticos y la contribución al disfrute de la vida con calidad.

MARS (Thompson et al. 2000)

Thompson y colaboradores, analizaron las deficiencias de la escala DAI para abordar la cumplimentación del tratamiento neuroléptico. Basándose en ciertas “actitudes” tomadas de los items de la DAI y en “conductas problemáticas” contempladas en la MAQ (The Medication Adherence Questionnaire, Morisky et al. 1986), realizaron un estudio con 66 pacientes psicóticos para elaborar el cuestionario MARS (Medication Adherence Rating Scale). Consta de 10 preguntas de respuesta si / no que abordan la complejidad que caracteriza la cumplimentación del tratamiento neuroléptico, incluyendo la experiencia subjetiva.

Los autores puntualizan que la conducta de cumplimentar no es dicotómica todo / nada, de forma que podría diferenciarse entre pacientes buenos y malos cumplimentadores según las puntuaciones alcanzadas en la escala. Es auto-aplicada y según los creadores con mayor validez interna que la escala DAI.

Entre las ventajas que ofrece destaca su fácil y rápida administración, es válida para cualquier contexto clínico.

Entre sus deficiencias, no contempla la relación existente entre la cumplimentación y la severidad sintomática y efectos secundarios farmacológicos.

ANT (Kampman et al. 2000)

Kampman y colaboradores, de forma prácticamente simultánea a los autores anteriormente mencionados, se basan de nuevo en los problemas de cumplimentación del tratamiento neuroléptico inherentes a los pacientes afectados de síntomas psicóticos (insight, estigma y disfunción cognitiva entre otros).

Tomando como referencia las limitaciones del DAI (frases dicotómicas) para valorar la variación de actitudes hacia el tratamiento, crean la escala ANT (Attitudes Towards Neuroleptic Treatment) a partir de un estudio con 106 pacientes ingresados y ambulatorios cumplimentadores de tratamiento neuroléptico, el 85% afectados de un cuadro psicótico.

Su objetivo es crear un método de valoración útil para sondear las actitudes hacia el tratamiento, aplicable antes de que este haya afectado la experiencia subjetiva y durante el seguimiento bajo los efectos del mismo.

Está compuesta por doce frases divididas a su vez en diez subfrases valoradas de 0 a 100, de forma que puntuaciones más altas implican una mejor experiencia subjetiva en cada uno de los doce apartados. Con ello se obtiene una gradación cuantitativa de actitudes generales, experiencia subjetiva e insight.

Entre las ventajas que ofrece esta escala, destaca un acercamiento hacia la postura de no cumplimentar o las expectativas de esta conducta, difícilmente detectadas

en la práctica clínica con frecuencia. Resulta rápida y fácil de utilizar, pero ha de ser correctamente introducida al paciente.

Tabla 2. Escalas de evaluación de experiencia subjetiva con antipsicóticos

	Autor / Año	Nº de Items	Población de Estudio Aplicación	Objetivo	Comentario
NDS	Van Putten y May 1978	4	Estudiada en 42 pacientes esquizofrénicos ingresados Apta para pacientes psicóticos en fase aguda	Medición de disforia inicial al tratamiento neuroléptico	Entrevista semiestructurada Puntuación likert (+11 / -11) por ítem Valoración total: rango de + 44 a - 44 (+ 44= respuesta eufórica máxima; -44=respuesta disfórica máxima)
DRI	Singh y Kay 1979	6 ítems específicos de BPRS, para valorar estado disfórico	Estudiada en 58 pacientes esquizofrénicos Apta para pacientes psicóticos en fase aguda	Medición del grado de disforia con tratamiento neuroléptico	Entrevista Semiestructurada Puntuación: Índice de respuesta disfórica DRI >12=disfórico DRI <12=no disfórico
DAI-30	Hogan y Awad 1983	30 (7 categorías)	Estudiada en 150 pacientes esquizofrénicos crónicos (54% no cumplimentadores) Aplicable en diferentes estadios de enfermedad	Medida de actitudes específicas ante los efectos percibidos de los neurolépticos	Autoaplicada Puntuación V / F Basada en opiniones de los pacientes sobre su experiencia con neurolépticos
DAI-10	Hogan y Awad 1993	10	Aplicable en diferentes estadios de enfermedad	Medida de actitudes específicas ante los efectos percibidos de los neurolépticos (versión corta)	Autoaplicada Puntuación V / F Sencilla, fácilmente comprensible y rápida de completar
PETIT	Voruganti y Awad 2002	30	Estudiada en 355 pacientes psicóticos Utilizable en pacientes colaboradores y conservados cognitivamente	Valoración de: - Respuesta subjetiva y tolerabilidad a NL - Adherencia terapéutica - Impacto del NL en la calidad de vida	Cuestionario estructurado autoaplicado Rápido de completar
ROMI	Weiden et al. 1994	20 (2 apartados)	Estudiada en 115 pacientes esquizofrénicos ambulatorios recién altados No válida en períodos de reagudización psicótica	Valoración de factores (actitud / conducta) subjetivos influyentes en la cumplimentación	Entrevista semiestructurada Requiere evaluadores expertos
SWN	Naber et al. 1995	38 (5 subescalas)	Estudiada en 280 pacientes esquizofrénicos en remisión A aplicar tras fases agudas de enfermedad	Investigación del "Síndrome deficitario inducido por neurolépticos" Medida del bienestar subjetivo y calidad de vida con el tratamiento neuroléptico	Autoaplicada Ítems evaluados mediante escala de likert de 6 puntos Aplicación rápida

INTRODUCCIÓN

	Autor / Año	Nº de Items	Población de Estudio Aplicación	Objetivo	Comentario
SWN -Versión Corta-	Naber et al. 2001	20 (5 subescalas)	Estudiada en 212 pacientes esquizofrénicos hospitalizados (NL típicos o atípicos) Aplicable en cualquier estadio de enfermedad	Desarrollar una versión reducida de SWN Aplicación en estudios sobre diferencias entre neurolépticos	Autoaplicada Respuestas en escala likert de 6 puntos Fácil y rápida de completar
MARS	Thompson et al. 2000	10	Estudiada en 66 pacientes psicóticos (ambulatorios + ingresados) Válida en cualquier ámbito terapéutico	Valoración de: - Actitudes hacia el tratamiento NL - Conductas de adherencia terapéutica	Autoaplicada Respuesta Sí / No Rentabilidad coste / tiempo
ANT	Kampman et al. 2000	12 frases (10 subfrases)	Estudiada en 106 pacientes ambulatorios e ingresados cumplimentadores de NL (85% psicóticos) Aplicable en diferentes estadios de enfermedad	Valoración de: - Actitud general hacia el tratamiento - Vivencia subjetiva - Insight	Autoaplicada Gradación 0 -100 de cada frase: experiencia + positiva a + puntuación

1.5 Metodología cualitativa

1.5.1 Concepto de investigación cualitativa

Para la elaboración de este apartado, nos hemos basado fundamentalmente en las publicaciones de Munárriz (2005), que suponen una completa puesta al día en este tema.

Antes de adentrarnos en lo que es la investigación cualitativa, conviene detenerse en lo que no es. Existen tres conceptos erróneos:

- La investigación cualitativa no es investigación de la calidad. Existen métodos de evaluación cualitativa y muchos sistemas de control de calidad utilizan técnicas cualitativas, pero no son sinónimos.
- La investigación cualitativa no es la investigación que se hace sin usar números. Hay formas de investigar sin números que no entran dentro de las corrientes actuales de la investigación cualitativa. Pero, sobre todo, se pueden usar los números y la investigación puede seguir siendo cualitativa.
- La investigación cualitativa no es “anticuantitativa” (Brown y Lloyd 2001). Aunque se apoya en las carencias de lo cuantitativo para contestar algunas preguntas, es compatible con la presencia de los métodos cuantitativos para aquellas cuestiones en las que es adecuado. De hecho, "una función importante del pensamiento cualitativo es posibilitar una cuantificación con sentido" (Mayring 1996). Además, la crítica que subyace a la investigación cualitativa no es sólo a la medida, sino sobre todo una crítica al positivismo como paradigma (Iñiguez Rueda 1999 y González Rey 2000).

Más arriesgado resulta definir lo que sí es investigación cualitativa. El término cualitativo abarca muchas cosas. Es conceptualmente mediocre, pero ha medrado a falta de otro que integrara la complejidad teórica, disciplinaria y metodológica del campo "cualitativo" (Rodríguez Gómez et al. 1996).

Supone una alternativa para los problemas epistemológicos de la investigación cuantitativa, responde a preguntas para los que esta segunda perspectiva no es del todo adecuada.

Para afrontar el problema de la definición, pueden emplearse tres vías de aproximación:

- Enumerar algunas definiciones clásicas
- Comparar lo cualitativo con lo cuantitativo
- Establecer el encuadre de la investigación cualitativa.

Vamos a preservar la definición clásica de Taylor y Bogdan (1992), porque resume el encuadre del presente trabajo: *"Métodos cualitativos son todos aquellos que pretenden responder a por qué, qué o cómo, más que a cuántas veces o cuánto. Se refiere a la investigación que produce datos descriptivos basados en las propias palabras de las personas o en la observación de su conducta. El objetivo de la investigación cualitativa es el desarrollo de conceptos que nos ayuden a entender los fenómenos sociales en su ambiente natural, ofreciendo el adecuado énfasis a los significado,s experiencias y puntos de vista de los participantes"*.

En la tabla 3, esquematizamos el concepto de una forma unificada, tal y como Munárriz y Sanjuán lo hicieron en el año 2001.

**Tabla 3. Diferencias entre el método cuantitativo y cualitativo
(tomado de Munárriz y Sanjuán 2001)**

	Cuantitativo	Cualitativo
Elementos básicos de la definición	Número Explicar Contar ¿Cuánto? Hechos Objetividad	Palabra Entender Describir ¿Qué? Significados Relativismo
Aspectos metodológicos	Análisis estadístico Comprobar Muestreo aleatorio Fiabilidad Deductivo Ambito experimental Controlado, reduccionista Diseño prefijado Encuesta Sedentaria (axiomática)	Conceptualización Generar Muestreo teórico Validez Inductivo Ámbito natural Abierto, integrador Diseño emergente Observación, entrevista Nómada
Actitud del investigador	Insensible al contexto Externo a la praxis Objetividad Neutral	Sensible al contexto Inmerso en la praxis Subjetividad Comprometido

Una circunstancia importante en la aceptación y desarrollo que pueda tener la metodología cualitativa en Psiquiatría y Psicología, es que las técnicas y métodos que se están utilizando corresponden a las tradiciones metodológicas de otras disciplinas como la Sociología crítica, la Antropología o la Semiótica. No nacen de tradiciones "cualitativas" propias como la fenomenología, la casuística (Jaspers 1973) o los análisis de biografías.

Una característica fundamental de la investigación cualitativa es la importancia que se da a la teoría. No es una aproximación ateorética. Hay un nivel de los datos y otro de fundamentos teóricos, en interacción dialéctica. La construcción dialéctica del conocimiento es consustancial a lo cualitativo (González Rey 2000). Por eso sus diseños están atentos a lo emergente, son inductivos, partiendo siempre de los datos.

El investigador tiene una suposición preconcebida antes de iniciar la investigación, la utiliza y modifica en su desarrollo y considera que la generación de teoría es uno de los resultados posibles (Ortí 1986 y Strauss y Corbin 1998).

¿Qué bases teóricas subyacen a lo cualitativo?: una forma de consolidar esta información es "describir" el conjunto de creencias y de actitudes de las que se deriva, entre otras cosas, la elección del método de investigación. A esto se le denomina paradigma (Feldman 1995, Rodríguez Gómez et al. 1996 y Lincoln y Guba 2000).

En Europa, los paradigmas a los que se hace referencia suelen ser grandes esquemas ideológicos o filosóficos, como el marxismo, el estructuralismo o el psicoanálisis. En el ámbito anglosajón (Rice y Ezzy 1999), se da el nombre de paradigma a constructos teóricos de menos alcance como el interaccionismo simbólico, el postmodernismo, la teoría fundamentada, el feminismo, el constructivismo o la etnometodología.

Las opciones cualitativas no suelen optar por considerar la realidad como simple, directamente aprehensible y objetiva. Oscilan entre el realismo crítico y el idealismo más desaforado (Mays y Pope 2000). La realidad es compleja, polifacética, histórica, sensible a la interacción con el observador, parcial. Hay que encontrarla y descubrirla, pero también interpretarla y construirla (e incluso emanciparla y desmontarla).

Es necesariamente relativista y sus criterios de bondad son respetuosos con el carácter provisional de los resultados, que están siempre en construcción.

Se eligen los métodos abiertos y las técnicas no directivas, que ofrezcan datos densos y ricos. También se prefieren los diseños triangulados, en el sentido que sobre la misma realidad confluyan diferentes miradas, pero sin forzar el consenso.

Dentro de la importancia que se da al proceso, se incluye la relevancia que tiene el resultado de la investigación, el informe final, el texto producido por el grupo de trabajo.

En las ciencias humanas, la visión cualitativa tiene muy presente la cuestión del sujeto (González Rey 2000). Hay una fidelidad básica a la perspectiva y el encuadre de los informantes. Son procedimientos empáticos que tienen en cuenta que las preguntas estén adaptadas a la interacción del investigador con sus contextos (Silverman 1995).

1.5.2 Los métodos cualitativos

Se entiende por método una forma característica de investigar, determinada por la intención sustantiva y el enfoque que la orienta (Rodríguez Gómez et al. 1996). Más brevemente, una forma ordenada de aproximación a un objeto de investigación.

En la tabla 4 se mencionan algunos a las preguntas que se plantean, sus fuentes y sus técnicas - tipo.

**Tabla 4. Características de los métodos de investigación
(tomado de Munárriz 2005)**

Método	Intención	Fuentes	Técnicas-tipo
Fenomenología Hermenéutica	Investigar la subjetividad (experiencia vital individual)	Filosóficas	Introspección, entrevistas y observación
Etnografía	Valores, ideas compartidas	Antropología	Observación
Etnometodología	Entender cómo se llega a comprender una situación compartida	Sociología	Observación y entrevistas Atención al detalle y a lo cotidiano
Teoría fundamentada	Elaboración de teoría a partir de los datos	Sociología Interaccionismo simbólico	Centradas en el procedimiento de análisis
Análisis del discurso	El discurso como práctica social	Lingüística (pragmática)	Técnicas que fomentan o recogen discursos en su medio natural
Análisis conversacional (de interacciones)	La interacción	Lingüística Etnología Etnometodología	Observación y transcripciones elaboradas
Investigación de acción participativa	Investigar para cambiar	Sociología crítica Movimientos de emancipación (clase, género, raza)	Participación Colaboración horizontal
Casuística	Entender y elaborar marcos conceptuales	Psicopatología	Entrevistas y observación
Investigación clínica cualitativa	Cuestiones de contexto, complejidad, sentido y poder	Ciencias clínicas	Observación y entrevistas en la situación clínica
Historias de vida	Ver con los ojos de otros El testimonio	Sociología	Entrevistas, documentos personales
Técnicas narrativas	La historia que cuentan los datos	Análisis literario	Observación, entrevistas y textos

1.5.3 Las técnicas y diseños cualitativos

Técnicas son los procedimientos específicos de investigación. Las asunciones teóricas antes citadas favorecen la adopción de las mismas. Han alcanzado más difusión las técnicas de recogida de la información. Sin embargo, el momento actual de desarrollo de la investigación cualitativa, sobre todo de la que se apoya en la teoría fundamentada, permite incluir procedimientos cualitativos específicos para la selección (muestreo) de los informantes (Johnson 1990) y para el análisis de los datos y la comprobación de la bondad de la investigación (Miles y Huberman, 1994).

Los diseños cualitativos están a medio camino entre las técnicas específicas y los métodos. Son maneras de combinar los procedimientos cualitativos en función del objeto de la investigación y de los marcos de los investigadores. La casuística, que es una forma de estudio de casos propia de la psicopatología descriptiva, incluye observación, entrevistas y análisis de datos documentales.

1.5.4 El proceso de la investigación cualitativa

En un intento de síntesis, se puede decir que las características más específicas de un diseño cualitativo son:

- El carácter abierto y recurrente del proceso de investigación. A lo largo del desarrollo de un estudio cualitativo, la interacción entre el encuadre teórico, la orientación de los investigadores, los sujetos y el campo de la investigación, lleva a replanteamientos frecuentes del trabajo. Los criterios de calidad no incluyen que el proceso se desarrolle fielmente según el modelo inicial, sino que sepa a adaptarse a los hallazgos en el trabajo de campo. Estos cambios han de documentarse, explicarse y justificarse.

- La predilección por las opciones multimétodo, de manera que sucesiva o simultáneamente se utilizan distintas metodologías, diferentes informantes o diversos paradigmas. Pueden combinarse métodos cuantitativos y cualitativos, o buscarse información de diferentes informantes. Con estas operaciones, se pretende una aproximación a la realidad de la manera más completa posible, y no es correcto entenderlas únicamente como estrategias de verificación de la validez.
- La incorporación de todas las reflexiones sobre el diseño, el trabajo previo de los investigadores y sus consensos, al cuaderno de bitácora de la investigación, como material sobre el que también se trabaja a la hora de elaborar las conclusiones.
- El interés por una visión lo más completa y próxima a la realidad posible.

Aceptando el carácter recurrente y guiado por los datos de la investigación, se pueden abstraer cuatro fases en un proyecto cualitativo: planificación, trabajo de campo, análisis y presentación de los resultados.

1.5.4.1 Planificación

La investigación cualitativa es holística, inductiva y fundamentada en los posicionamientos personales y filosóficos del investigador. Ello supone que parte de una pregunta planteada en el seno de una determinada concepción epistemológica o marco teórico y acude al "campo" donde recoge los datos a partir de los cuales, y contando con la interacción entre el objeto y el investigador, elaborar una teoría que explique los datos.

Según la metodología de Rodríguez y colaboradores (1996), en esta fase hay que contestar a una serie de preguntas:

- ¿Qué diseño es el más adecuado a la formación, experiencia y opción ético-política del investigador?
- ¿Qué y quién va a ser estudiado?
- ¿Con qué método?
- ¿Con qué procedimientos de recogida de la información?
- ¿Desde qué marco conceptual se va a desarrollar el estudio y se van a plantear las conclusiones?

Durante la planificación se elabora la pregunta de la investigación. Para que esta pueda ser correctamente formulada, ha de enmarcarse en su contexto personal, teórico, cultural e histórico.

Como se ha insistido en diferentes ocasiones, esta fase, como las siguientes, es siempre abierta y guiada por los datos. La planificación representa la actividad reflexiva y autocrítica que no sólo antecede, sino que acompaña a lo largo de toda la investigación.

1.5.4.2 El trabajo de campo

a- Selección de los casos

En el caso de la investigación cualitativa, el muestreo está guiado por el interés de alcanzar la mayor calidad en la información que se recaba. Dicha calidad, tiene que ver con la variación de los informantes (diversidad de discursos) y con su experiencia para hablar del tema que se les propone, con alguna característica que sea clave en su contexto y con su tipicidad (o por su excentricidad).

Conviene también establecer la diferencia entre informantes o sujetos y casos. En Psiquiatría o Psicología casos, informantes o sujetos son lo mismo, en tanto en cuanto el sujeto es el objeto de la investigación.

La estrategia de muestreo "típica" de la investigación cualitativa, se denomina muestreo teórico o intencional o justificado.

Las muestras aleatorias con sus indudables ventajas a la hora de atenuar algunos tipos de sesgos, también se pueden utilizar en investigación cualitativa compaginándolas con la necesidad de obtener informantes "expertos".

Dentro de los criterios de selección, se incluyen también aquellos que son específicos para cada técnica. Por ejemplo, los grupos focales han de tener en cuenta la posibilidad real de que los participantes seleccionados sostengan una conversación productiva, sin que la presencia de unos inhiba el discurso de los otros.

La estrategia de muestreo utilizada en un estudio, se tiene en cuenta a la hora de analizar, interpretar y transferir los datos a otros contextos de la misma manera que ocurre en los abordajes cuantitativos. El tema de la representatividad, se plantea considerando que no sólo se generaliza a partir de las características individuales de los sujetos, sino incluyendo también contextos y marcos teóricos.

Dentro de este apartado, se incluye el tema del tamaño del grupo a estudio. Las muestras de los trabajos cualitativos son muy pequeñas comparadas con las cuantitativas; son "densas". Incluso cuando lo que interesa es la profundidad, pueden resultar válidos sólo unos pocos sujetos. En el extremo, la investigación puede basarse en la experiencia de uno solo: el investigador. Ello ocurre en muchos relatos etnográficos.

Algunas estrategias, sobretodo las relacionadas con la teoría fundamentada, incluyen el criterio de saturación para decidir cuando la muestra es suficiente. Hay un

momento en el desarrollo de la investigación en el que la información que se obtiene es reiterativa y no aporta nada nuevo.

Otro apartado importante en esta fase es el acceso o a los informantes una vez seleccionados. La mayor parte de las técnicas cualitativas suelen ser abiertas respecto a la identidad y la función del investigador, pero no respecto a sus objetivos. Al objeto de conseguir una información más espontánea, se suelen escamotear las intenciones concretas, las preguntas específicas, que sólo se desvelarán durante el desarrollo de la técnica.

Los informantes son los verdaderos protagonistas de la investigación y los que le van a dar calidad y legitimación.

b- Métodos de recogida de la información

A continuación, ofrecemos un listado de los mismos:

- **Técnicas de observación**

Observación sistemática de la conducta y las expresiones verbales en su ambiente natural. Se puede hacer con diferentes grados de implicación. Es el método clásico de la Antropología y de gran parte de las Ciencias Naturales.

- **Entrevistas**

Se utilizan las *entrevistas en profundidad* con personajes claves.

Hay procedimientos de *entrevistas en grupo* que, según su grado de directividad, se denominan de diferentes maneras (grupos focales, grupos de discusión...)

- **Análisis de fuentes secundarias**

Utilizan escritos (incluyendo documentos personales, oficiales o públicos) y otras manifestaciones culturales. También se incluirían materiales visuales o sonoros.

A veces, se incluyen entre las técnicas cualitativas los denominados métodos de consenso, como la técnica Delphi, los grupos nominales o los paneles de expertos. Tal inclusión carece de apoyo teórico sólido y por ello no las hemos considerado.

Conviene recordar que la combinación de técnicas es característica de los diseños cualitativos. Asimismo, una determinada metodología puede utilizarse como eje de una investigación, como momento inicial o en la fase de comprobación o interpretación de los resultados.

En el presente trabajo hemos empleado el método de grupos focales, por lo que únicamente vamos a extendernos en la descripción de las **técnicas de entrevista**. Pueden ser individuales o en grupo.

Las primeras, son llamadas *entrevistas individuales o en profundidad*, los profesionales de la psiquiatría y la psicología están muy familiarizados con las mismas. Es un estudio exhaustivo de muy pocos casos con los que se celebran varios encuentros. Por ello es importante una selección muy cuidadosa de los sujetos a entrevistar. Se trata de informantes privilegiados por su experiencia personal o por su situación en el colectivo que se investiga.

Las *entrevistas en grupo*, sobre todo con el formato de *grupos focales*, son una de las técnicas más utilizadas en el área de las Ciencias de la Salud.

Para Morgan y Krueger (1998), un grupo focal es una técnica de investigación cualitativa que consiste en la celebración de reuniones de grupos de entre 4 y 12 personas, seleccionadas de acuerdo con criterios determinados, para que sostengan una conversación lo más espontánea posible acerca de unos temas que el conductor o facilitador les va presentando. El discurso, así obtenido, es transcrito, analizado e interpretado en diferentes grados de complejidad y abstracción (Kitzinger 1995).

Se diferencia de otros procedimientos de investigación cualitativa, en los que se utiliza la interacción grupal o técnicas de entrevista en grupo.

En la tabla 5 se señalan las principales diferencias entre ellos.

Tabla 5. Diferencias entre las técnicas de investigación que utilizan el grupo como foco de estudio (tomado de Munárriz 2005)

Tipo	Ámbito	Papel del entrevistador	Estilo de las preguntas	Interacción grupal	Énfasis
Grupo focal	Formal	Conducción	Prefijado, acotado	Estimulada	Creatividad
Tormenta de ideas	Formal o informal	No directivo	Muy laxo	Permitida	Creatividad
Grupo nominal	Formal	Directivo	Muy estructurado	Regulada	Consenso
Técnica Delphi	Postal	Directivo	Muy estructurado	Eliminada	Consenso
Grupo natural	Natural	No directivo	Algo estructurado	No modificada	Creatividad

- Características de los grupos focales-

Se ha empleado esta técnica como coadyuvante para la elaboración de cuestionarios. Así, el discurso del grupo focal se utiliza para obtener las preguntas, mejorar su inteligibilidad, facilitar un vocabulario adecuado o adaptar las traducciones (O'Brien 1993, Knudsen et al. 2000).

Es un método que se centra en la realidad social, es flexible, obtiene resultados rápidos, tiene una gran validez subjetiva y aprovecha las ventajas de la interacción grupal. En su contra, se encuentra la dificultad de un análisis detallado, el papel muy determinante de los conductores, la dificultad para tratar algunos temas delicados y los problemas logísticos para la reunión del conjunto de individuos.

La práctica de los grupos focales no está totalmente protocolizada y sus requisitos varían ampliamente en función de los objetivos del estudio y de las condiciones.

Los aspectos para los que hay unas directivas más consensuadas, son:

Tamaño del grupo

Como ya vimos, hay acuerdo en que el tamaño ha de oscilar entre 4 y 12 miembros. La decisión final depende del número de preguntas a realizar, el tiempo disponible, el tipo de conducción y sobre todo de los objetivos del estudio. En un trabajo exploratorio, es mejor celebrar muchos grupos de pequeño tamaño. Si el objetivo es confirmatorio, el tamaño grupal puede ser mayor.

El número de grupos

Depende de las divisiones que se puedan suponer en la muestra. Los participantes en el grupo han de tener suficientes características comunes como para que la interacción sea posible y suficientes diferencias como para que se establezcan puntos de vista diferentes y se genere discusión. Así, en la selección han de establecerse las características control o comunes y las características de corte o diferenciales. No hay una regla fija y la elección ha de hacerse considerando al mismo tiempo el tema que se trata, las características del medio social y cultural en el que se realiza la investigación, y los objetivos a seguir. Cuantas más características de corte se establezcan, más grupos se necesitarán.

Número de sesiones

Depende también de los objetivos y de la implicación de los participantes con el tema.

Duración de las sesiones

Se terminan cuando ya la información que aparece es redundante. Hay acuerdo en que no es conveniente extenderse más allá de 90 minutos. En un grupo de personas mayores o enfermas, las sesiones son más cortas.

Reclutamiento

Es muy común utilizar personajes clave que se transmitan unos a otros la convocatoria; también se puede recurrir a un reclutamiento telefónico o por correo. En la convocatoria se hace una mención vaga al objetivo de la reunión, evitando que los invitados puedan prepararse el tema antes de la misma.

La participación en un grupo se gratifica mediante una contraprestación material.

Conducción

Antes de la sesión del grupo, el conductor -y el observador si lo hay-, han de elaborar un guión con las preguntas a formular o los temas que se van a tratar. Conviene tener preparada de antemano la presentación inicial, que consiste en un agradecimiento por la participación, un reconocimiento de la importancia de la misma, la descripción del encuadre, una invitación a la discusión libre y espontánea, y una pregunta inicial.

Durante el desarrollo de la sesión, el conductor va introduciendo con flexibilidad los temas que se han de tratar si estos no aparecen espontáneamente, y limita o restringe las intervenciones poco pertinentes. El grado de directividad, depende del objetivo del estudio. Si es exploratorio, conviene dejar un amplio margen a la discusión. Si, por lo contrario, se pretende una aproximación en profundidad a un tema, el conductor interviene más pero procurando reservar las preguntas más cerradas para el final.

Tanto el observador como el conductor toman notas a lo largo de la sesión. La convocatoria concluye cuando se agota el tiempo señalado, cuando se han completado todos los temas o ya el discurso es redundante.

Antes de acabar se puede pedir a cada uno de los miembros del grupo, por turno, que resuman los aspectos más importantes de la discusión según su punto de vista.

Como se ve, la tarea del conductor es la de establecer la agenda de la reunión sin que se note.

-Características de los *grupos de discusión*-

El término grupo de discusión, puede utilizarse de forma laxa como sinónimo de grupo focal o entrevista en grupo, o en sentido estricto. Se cita a parte, por la oposición de sus promotores a considerarlos similares (Ibáñez 1992 y Canales y Peinado 1994).

A diferencia de los grupos focales, se trata de una técnica caracterizada por un grado muy bajo de directividad, un encuadre muy estricto respecto a la selección y celebración de los grupos (personas no conocidas, un encuentro único, elaboración muy cuidadosa de la prescripción o pregunta inicial) y un análisis del discurso conjunto del grupo como representante del imaginario social, del discurso de la colectividad, con un carácter fuertemente interpretativo. En realidad, el grupo de discusión anticipa algunas de las tendencias recientes de los grupos focales.

1.5.4.3 El análisis de los datos

El análisis pretende resumir los datos de tal manera, que las personas que no han participado en el estudio puedan conocerlo y llegar a una profundización mayor de la que tenían.

Ha sido el aspecto metodológico más controvertido de los estudios cualitativos. Hasta los años 80 del pasado siglo, era difícil encontrar referencias al respecto. Los relatos etnográficos clásicos, pasaban de las descripciones a las interpretaciones sin detenerse en el procedimiento de análisis.

Cada vez con más frecuencia los investigadores tienden a explicar sus modos de análisis, pero la situación está todavía lejos de la existencia de unos procedimientos normalizados. La situación se complica más, si se tiene en cuenta que muchos de los términos que se utilizan para describir procedimientos analíticos como análisis de contenido, análisis semántico, análisis del discurso, análisis de narrativas.... carecen de un significado generalmente aceptado y son con frecuencia redefinidos por los investigadores que los usan.

Las líneas más claras en torno a este asunto, proceden de los partidarios de la teoría fundamentada (Miles y Huberman 1994, Strauss y Corbin 1998), que domina el panorama del análisis cualitativo. Esta se ha visto además impulsada por las aplicaciones informáticas dirigidas a tal fin (Navarro y Díaz 1994, Rodríguez Gómez et al. 1996, Weitzman 2000).

Merece la pena aclarar que el análisis cualitativo no es una fase posterior a la recogida de los datos, sino que se entremezcla con ella. El carácter emergente e inductivo del proceso investigador, requiere que haya que tomar continuamente y desde el principio decisiones sobre el análisis. A medida que el observador se familiariza con la materia, va extrayendo pistas acerca de lo que ha de observar con más detalle, creando de esta manera categorías que son recogidas en el cuaderno de campo y verificadas en la sesión posterior.

El papel del investigador es fundamental, habrá de leer con detenimiento, indagar el significado subyacente y, a ser posible, interpretar. Estas tareas están en las tradiciones hermenéuticas y fenomenológicas.

Una distinción que afecta a los procedimientos de análisis, es la utilización de una teoría fuerte que apoye la interpretación y que trascienda y generalice el contenido de los datos. Se parte de una base teórica bien articulada y se "desciende" a los datos que se integran en esa perspectiva. Otras posturas dan más importancia al trabajo con los datos, al proceso analítico previo a la aplicación de una teoría. En cualquier caso, ni siquiera los procedimientos donde el análisis es más detallado como en el proceso clásico, el de conversaciones o la teoría fundamentada, están totalmente desprovistos de teorías preconcebidas.

Un estudio cualitativo produce una gran cantidad de material de diferentes tipos: grabaciones, anotaciones, transcripciones, actas del equipo de investigación, documentos de convocatoria. Es necesario disponer de una manera de ordenarlos y de recuperarlos. El método tradicional es llevar un cuaderno de la investigación, pero se ha de pensar cómo y dónde colocar cada cosa. Aspectos aparentemente intrascendentes como la rotulación inmediata de todas las grabaciones y la anotación en fresco de detalles (fecha, hora, lugar, nombre del contacto, etc.), son claves para que el proceso progrese bien.

Antes de iniciar cualquier tipo de análisis, hay que familiarizarse con el material, se puede aprovechar para sacar algunas anotaciones o esquemas que luego se incorporan.

Como instruyen Huberman y Miles (1998), se requiere una presentación adecuada de los datos que han de ser analizados. Así, las grabaciones o los manuscritos han de ser transcritos, los párrafos de los diferentes intervinientes separados, las líneas

y las páginas numeradas, las descripciones de los espacios pueden trasladarse a un croquis y las posiciones de los grupos esquematizarse, para que se pueda acceder a las diferentes partes con facilidad siempre que se necesite.

La transcripción detallada de las entrevistas, de acuerdo con reglas definidas para los aspectos paralingüísticos, es prácticamente una técnica de análisis en sí misma según Malterud 1990, Nessa 1990, Silverman 1995, así como McCabe y colaboradores 2002.

Todos estos procesos se simplifican mucho con ayuda de los programas informáticos de análisis cualitativo como el QRS N'Vivo (2000).

Sobre los datos se realizan de manera reiterada la reducción / resumen de los contenidos, seleccionando los pasajes que son más significativos. Su disposición, se llevará a cabo de manera que permita una visión conjunta para facilitar su interpretación (desde simples subrayados a la elaboración de diagramas y matrices) y la extracción y verificación de conclusiones.

Hasta aquí, todos los procedimientos de análisis son similares. La excepción a esta situación ha sido el desarrollo de la teoría fundamentada. En su seno se han desarrollado procedimientos sistemáticos de análisis de datos que han alcanzado mucha difusión. Esta se ha visto además impulsada por las aplicaciones informáticas de análisis cualitativo, como ya hemos comentado con anterioridad.

-Teoría fundamentada-

Teoría fundamentada, es la traducción al castellano del término anglosajón "grounded theory", acuñado por Glaser y Strauss en 1967.

El proceso comienza por una lectura detallada y repetida de las transcripciones, para llegar a la identificación de los fragmentos del texto que se refieran a un mismo

matiz. Estos temas o categorías pueden ser predefinidos por el investigador (análisis de contenido clásico), extraídos de los datos (codificación abierta) o ambos.

Las categorías no han de ser exclusivas y un mismo fragmento de texto puede asignarse a varias. El proceso de descubrimiento de las categorías progresa hasta que todo el material relevante ha sido codificado. En estas primeras lecturas se aprovecha también para ir obteniendo fragmentos del discurso particularmente significativos, capaces de concentrar el significado; también se van anotando las interpretaciones intuitivas que vayan apareciendo.

Una vez extraídas las categorías se establece una definición, se buscan unos ejemplos y se les asigna un código. Con la lista de códigos se repasa de nuevo el material y se verifica, resume o amplía la lista original de categorías. También se pueden dividir en subcategorías que recojan las distintas variaciones del fenómeno identificado.

Si en la codificación participan diferentes investigadores, se busca llegar a un acuerdo, usando siempre los datos como criterio y verificando continuamente con ellos las nuevas propuestas.

Así, se llega a un punto en el que el texto está razonablemente clasificado (indizado) en diferentes categorías y es posible encontrar una explicación, o al menos ofrecer una descripción de los casos discordante o negativos.

A partir de este listado de categorías se entra en una fase más interpretativa. Las mismas son agrupadas en patrones, procesos y otros códigos de mayor nivel de abstracción. Miles y Huberman (1994 y 1998) recomiendan algunos procedimientos para extraer el significado de los datos, que incluyen la creación de diferentes tipos de representaciones gráficas de las categorías y subcategorías. Representan un intento de exprimir al máximo los datos antes de entrar en la interpretación.

En cualquier caso, hay un momento en el que el análisis pasa a ser interpretación. La interpretación es un proceso reflexivo entre los datos y la teoría; así, los datos cobran sentido en el seno de una teoría. Inevitablemente, la interpretación tiene elementos subjetivos e intuitivos que no se pueden soslayar, como también ocurre en la interpretación de los resultados de las investigaciones cuantitativas.

1.5.4.4 Presentación de los resultados

La presentación de los resultados de la investigación cualitativa, no está tan estandarizada como en la cuantitativa. La redacción del informe de la investigación, debe entenderse dentro de las características emergentes del conjunto del diseño cualitativo (Miles y Huberman 1994, Rodríguez Gómez 1996). Ha de narrarse de acuerdo con las expectativas y las necesidades de aquellos a los que va dirigido. La investigación -no solo la cualitativa- tiene un carácter académico y además puede tener una intención emancipadora o aplicada.

En general, la redacción ha de respetar los criterios de calidad que se detallan a continuación y que enfatizan en el cómo, el por qué y el para qué se ha hecho el estudio.

Unido al texto escrito por los autores, conviene añadir al informe final las citas literales, viñetas de descripciones, fotos, esquemas o gráficos que apoyen sus afirmaciones. Esta sí que es una característica común: la alternancia de las voces de los autores con la de los informantes, pues permite también al lector un acceso directo a los datos y acaba confiriendo a las publicaciones cualitativas su peculiar sabor de veracidad.

1.5.5 Criterios de calidad en la metodología cualitativa

En la investigación cuantitativa, los criterios de bondad como la validez o la fiabilidad están muy desarrollados. Las diferentes operaciones a las que se someten los datos para poder ser adecuadamente incorporados al aparato numérico y estadístico, requieren de un sofisticado sistema de control que dé confianza a los investigadores y a los destinatarios de la investigación. Así, la validez de la información no se suele cuestionar, en tanto que es recogida directamente, y el carácter especulativo, subjetivo y sujeto a discusión de los resultados, se da por sentado.

En el extremo, como no hay una realidad externa a la que ajustarse, cualquier control de calidad es superfluo. En general, hay una creciente preocupación por el tema del rigor, que trata de combinar la especificidad de lo cualitativo con ciertas normas que provienen de una mentalidad cuantitativista.

Llamaremos **criterios** a ciertas cualidades que deben reunir las buenas investigaciones cualitativas, **procedimientos** a las estrategias para alcanzar esos criterios y **listas de comprobación** a las que las combinan

Los **criterios** más utilizados, suponen una traducción de los empleados en cuantitativa a la jerga cualitativa. Se pueden sintetizar en cinco, unificando los planteamientos de Miles y Huberman (1994) y Pla (1999):

Credibilidad

Se refiere a la confianza que el lector puede tener sobre la veracidad de los datos; se asemeja a la validez interna. Se consigue explicitando claramente el método de recogida de información, ofreciendo ejemplos directos y conservando la accesibilidad a los datos originales cuando es posible. La experiencia de los investigadores con la técnica, es otra fuente de credibilidad.

Tranferibilidad

Es la posibilidad de extender los resultados a otros contextos. Se ve en la exhaustividad o calidad del muestreo, en la solidez de la argumentación que sustenta la generalización y en una adecuada descripción de los contextos y los métodos, para permitir que el lector extraiga sus propias conclusiones acerca de la aplicabilidad de los resultados a otros ámbitos

Dependencia

Es la respuesta que se ofrece en el estudio, a los cambios que en él aparecen; la consistencia del proceso.

Confirmabilidad

Se plantea si los resultados corresponden a los datos y no a los sesgos y prejuicios del investigador. El autor ha de explicitar y razonar sus dificultades, tanto los procedentes de sus métodos y de los sujetos como de su propia subjetividad. Se han de exponer los hallazgos negativos y discutir las interpretaciones alternativas. Es un aspecto ético de la bondad y tienen que ver con la honestidad.

Aplicabilidad

La utilidad práctica de los resultados, es decir, si pueden ser usados por sus destinatarios y tener un impacto.

Los **procedimientos** propios de la investigación cualitativa son:

Triangulación

Se refiere al acceso a los mismos datos desde diferentes perspectivas. La triangulación puede ser de cinco tipos: diferentes tipos de datos (observacionales y de entrevista), diversos investigadores, distintos métodos, diferentes teorías y variadas disciplinas.

Análisis de datos negativos

Un estudio cualitativo, ha de reflejar honestamente los dilemas que plantean los casos que no encajan con el patrón general.

Muestreo teórico

La estrategia de muestreo ha de especificarse. No se trata de extraer muestras aleatorias, pero tampoco de conveniencia o autorreclutadas.

Codificación por diferentes analistas

Es el equivalente a la fiabilidad entre entrevistadores, pero con unas connotaciones particulares. Lo que interesa no es sólo el acuerdo y su grado, sino los motivos del desacuerdo y los procedimientos explícitos de consenso.

Validación por los sujetos

Se trata de incorporar a los sujetos en el proceso de análisis e interpretación. Es un elemento fundamental de los proyectos de investigación de la acción participativa. En este caso no es sólo una estrategia de validación, sino también de cambio.

La honestidad

En el desarrollo del estudio, se requiere la exposición clara de los métodos y la reflexión sobre los propios sesgos.

En definitiva no se trata de llegar a la “última verdad”, sino de ampliar la construcción del conocimiento.

Como se ha detallado anteriormente, a partir de estos principios y con el uso de estos procedimientos, existen **listas de comprobación** que ya diseñaron Mays y Pope en el 2000 y posteriormente modificó Munárriz en el 2005. Hacen referencia a la relevancia e interés del tema, claridad de la pregunta inicial, encaje del objetivo y el

método, contexto, muestreo, recogida de datos y análisis de los mismos, finalizando con la autocrítica.

El uso de estas listas de comprobación no asegura la selección de las buenas investigaciones, si los que las usan carecen de un compromiso con los paradigmas cualitativos. De no ser así, Barbour en 2001 afirmó que *“se puede comprometer la contribución particular de la investigación cualitativa sistemática”*.

En lugares donde la investigación cualitativa ha alcanzado más desarrollo, existen recomendaciones éticas (Qualitative Research Working Group NHMRC of Australia 1994), que se ocupan del consentimiento informado, el uso de los informes y los datos documentales, el muestreo, la investigación encubierta, la posibilidad de dañar a los participantes y el archivo y custodia de los datos.

En último lugar, de acuerdo con Munárriz y Sanjuán 2001, nuestra especialidad tiene una tradición "cualitativa" propia desde antes de que estos métodos se denominaran así. La fenomenología, el estudio de casos, las historias de vida o la observación participante forman parte del acervo metodológico de la psicopatología, la neuropsicología, la psicología evolutiva, la evaluación crítica de las instituciones psiquiátricas o la psicoterapia.

A su vez, como ya señalaron Green y Britten en 1998, el positivismo y el empirismo cuentan con limitaciones para hacer frente a algunos problemas como: distancia entre la práctica clínica y la "evidencia", la participación de los sujetos en la evaluación del desenlace de las intervenciones, la investigación de los procesos en la psicoterapia, o los problemas clínicos, teóricos y sociales que plantean las patologías emergentes. Para todo ello, la metodología cualitativa supone un apoyo científico.

1.5.6 Metodología cualitativa aplicada al estudio de la experiencia subjetiva en esquizofrenia

En el año 2004, fue publicada una monografía titulada “La investigación cualitativa en Psiquiatría” en la revista española *Archivos de Psiquiatría*, en la que se recogieron seis trabajos (sin contar el de nuestro grupo) efectuados con diferentes técnicas aplicadas a diversos objetivos de estudio.

Así, tres de ellas, de forma directa o indirecta, se encaminaron a la valoración de matices experienciales de los pacientes psicóticos. De esta forma, Runte-Geidel y colaboradores realizan un estudio multicéntrico sobre estigmas, necesidades y cuidados de personas con trastornos mentales de larga evolución mediante estudios focales, González Torres y su equipo, también con esta técnica grupal, abordan las experiencias de discriminación en pacientes esquizofrénicos y familiares y, por último, Beviá Ferrer y Girón tratan la esquizofrenia y empleo a partir de un grupo natural.

Las tres restantes (García Campayo y Alda 2004, Salazar Fraile et al. 2004, Munárriz et al. 2004), aunque enfocadas hacia un tipo de pacientes y problemas clínicos dispares, resultan de gran interés en el trabajo que nos ocupa por aportar detalles metodológicos constructivos.

En la editorial de esta monografía, Munárriz resalta el protagonismo que han tenido Idoia Gaminde, Gregorio Rodríguez y Manuel Gómez Beneyto en este campo de metodología cualitativa aplicada a la práctica clínica. Nosotros nos unimos a dicho reconocimiento (Gaminde 1994, Rodríguez Gómez et al. 1996).

1.5.7 Revisión de estudios cualitativos sobre la experiencia subjetiva de pacientes esquizofrénicos con antipsicóticos

En el apartado 1.4.2, analizamos las escalas y los estudios que abordaban el problema de la experiencia subjetiva con antipsicóticos desde una aproximación cuantitativa (Barberá et al. 2006). Si las investigaciones desde esta perspectiva han sido numerosas, no ocurre lo mismo con los estudios cualitativos. Después de una amplia revisión de la literatura, hemos encontrado muy pocos trabajos (incluyendo el realizado por nuestro grupo) que utilicen este enfoque. Vamos a detenernos en analizar las características y resultados de cada uno de ellos (Tabla 6).

En un proyecto pionero en este campo, Rogers y colaboradores en 1998 se plantean explorar las razones, formas de autorregulación y significado de tomar tratamiento antipsicótico, así como la influencia del contexto social y el diagnóstico de esquizofrenia sobre la medicación diaria neuroléptica v.o. y depot. Para ello, aplican entrevistas en profundidad a una muestra de 34 pacientes psicóticos ambulatorios y en fase aguda, que cumplimentan neurolépticos v.o. y 14 de ellos a su vez depot. Dichas entrevistas son posteriormente transcritas y el contenido analizado, exponiéndose por división temática con ejemplos y frecuencias de aparición de las respuestas: reducción de síntomas vs efectos secundarios, grado de variación en la cumplimentación diaria, estrategias de afrontamiento diferentes al tratamiento, coacción ante sanciones sociales, la repercusión de personas significativas, la influencia por parte de profesionales de Salud Mental y, por último, el estigma derivado de vivir en la comunidad con un diagnóstico de esquizofrenia. Apoyándose en reflexiones ya emitidas por Van Putten y colaboradores (1984) y Day y colaboradores (1995), remarcan, en contra de la postura tradicional, que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia son buenos informantes de los efectos del tratamiento. Entre las reflexiones del estudio, destacan las ganancias

derivadas del tratamiento desde el punto de vista del paciente, como son la capacidad de poder manejarse ambulatoriamente, la disminución de síntomas angustiantes y la percepción de control entre otras; no se olvidan la variedad y severidad de los efectos secundarios como contrapartida. Se expone la frecuente necesidad de estrategias de afrontamiento alternativas llevadas a cabo por los informantes para manejarse con los síntomas, así como la autorregulación del tratamiento, si bien esta es comparativamente menor que en otras enfermedades que requieren tratamientos crónicos (trastornos de ansiedad y abuso de benzodiazepinas). En definitiva, hacen hincapié en la importancia que para ellos tiene, en la práctica clínica cotidiana, contar con la vivencia subjetiva que el paciente tiene del tratamiento antipsicótico.

Recientemente, este mismo grupo ha publicado un interesante estudio en el que se utiliza el método cualitativo como complemento de un ensayo clínico diseñado para mejorar el manejo con el tratamiento neuroléptico (Rogers et al. 2003). El objetivo, reside en determinar si dos intervenciones psicosociales diferentes (educativa vs centrada en la relación terapéutica), conllevan resultados distintos en relación con actitudes hacia el tratamiento, adherencia terapéutica y prevención de recaídas. En lugar de apreciar las diferencias metodológicas entre las distintas estrategias para mejorar la cumplimentación propuestas en el ensayo, los pacientes señalan principalmente la oportunidad para expresar su vivencia como única distinción percibida. Los autores subrayan la carencia de vinculación terapéutica que los pacientes experimentan en su contacto con los servicios de salud mental en general y con su terapeuta en particular.

El grupo de trabajo de Angermeyer, en el año 2001, publicó un estudio cuyo objetivo consistía en aproximarse a la opinión de los pacientes psicóticos respecto al tratamiento neuroléptico en general, y respecto a la clozapina en particular. Para ello emplearon entrevistas semi-estructuradas centradas en el problema (the “Interview on

Subjective Illness Theory”), mediante las que se intentaba valorar la opinión de pacientes y familiares de forma libre y lo más aproximada posible a una conversación abierta. La muestra estudiada se compuso de 80 pacientes recientemente dados de alta de una unidad de agudos o un hospital de día y cuyo tratamiento fuera clozapina u otros neurolépticos tradicionales; también se realizó la entrevista a 46 familiares cercanos. Tras una lectura repetida de las transcripciones, se crearon categorías de análisis y se codificaron los textos mediante las mismas; la cuantificación de los datos se llevó a cabo mediante el software Win Max. Los autores exponen el contenido analizado de forma gráfica incluyendo citas literales acerca del tratamiento neuroléptico, con especial énfasis en la clozapina, sin pretender con ello generalizar las reflexiones obtenidas. La división temática es la siguiente: efectos positivos del tratamiento con clozapina, consecuencias esperadas de la interrupción del tratamiento con clozapina, efectos negativos del tratamiento con clozapina, riesgos del tratamiento con clozapina a largo plazo, comparación de clozapina con neurolépticos tradicionales, evaluación de la clozapina seis meses tras el alta hospitalaria y comparación con los puntos de vista de familiares. A destacar, entre los resultados, que la mitad de los entrevistados esperarían un empeoramiento como consecuencia de la discontinuación de la cumplimentación terapéutica; un tercio se ve dificultado para explicar los riesgos percibidos del tratamiento a largo plazo. Se percibe una preferencia clara de la clozapina sobre otros neurolépticos, remarcándose el beneficio derivado de la ausencia de efectos adversos extrapiramidales; los entrevistados enfocan su efecto terapéutico en la ansiolisis subjetiva más que en la acción antipsicótica, a pesar de ser la sedación el efecto secundario más aquejado. Se destaca la diferente percepción subjetiva de la tolerancia farmacológica por parte del paciente y de los familiares; los últimos resaltan el incremento de peso como efecto negativo más que los pacientes, para quienes, por otra

parte, no pasan desapercibidos los efectos anticolinérgicos e hipersalivación. Los autores (2003) reflejan las limitaciones de las escalas cuantitativas diseñadas con este objetivo hasta la fecha, y sugieren la creación de métodos estandarizados alternativos que puedan asesorar a pacientes y familiares en la práctica clínica diaria.

Carrick y colaboradores en 2004, se proponen investigar la experiencia subjetiva de los efectos adversos antipsicóticos, para avanzar en la comprensión de los conocimientos de los usuarios e indagar en vías de mejora de la adherencia terapéutica. Para ello, desarrollaron un modelo conceptual utilizando los datos procedentes de entrevistas en profundidad y grupos focales realizados con pacientes psicóticos asistentes a hospitales de día. Los datos fueron analizados utilizando una variante de la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss 1967), con la que construyeron un modelo de la experiencia con la toma de antipsicóticos. Los resultados muestran la dificultad que los pacientes presentan para distinguir entre efectos secundarios y síntomas propios de la enfermedad aquejada; de hecho, ambos son aspectos que alejan al paciente del bienestar perseguido. En lugar de discriminar matices, los afectados clasifican los fármacos bajo la dicotomía de “buenos” o “terribles”, detalle del que se desprende el impacto global del tratamiento. El modelo que los autores construyen, se centra en el concepto nuclear de *bienestar subjetivo*, es decir: normalidad de funcionamiento, aspecto y sentimiento hacia el entorno. Los temas relacionados con la categoría principal del bienestar fueron: el manejo del tratamiento, la evaluación del mismo y la comprensión de la situación. Los autores abordan las implicaciones en la adherencia terapéutica y en la práctica clínica, incluyendo la elección del fármaco. En una evolución satisfactoria, los beneficios derivados del tratamiento deberían superar el estrés generado. La autonomía personal para involucrarse en las decisiones terapéuticas también es contemplada, lo que enfatiza la necesidad de mejorar la comprensión de la situación y, con ello, poder

evaluar eficazmente los beneficios e inconvenientes de las opciones disponibles. Los autores acentúan el importante valor que reporta la información proveniente de los pacientes, cuando son preguntados directamente por su experiencia.

Tabla 6. Estudios cualitativos sobre experiencia subjetiva con antipsicóticos

Autor/Año	Muestra	Método Cualitativo	Objetivo
Rogers et. al. 1998	34 pacientes psicóticos ambulatorios y agudos -NL oral+/- depot-	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas en profundidad (1-2.5 h duración) - Transcripción de las entrevistas - Análisis del contenido: exposición de frecuencias y ejemplos literales de respuestas 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar los motivos y significado de tomar antipsicóticos - Estudiar la influencia del contexto social y del estigma diagnóstico sobre el tratamiento
Angermeyer et. al. 2001	80 pacientes psicóticos altados de ingreso u H.de día - Clozapina +/- otros NL- 46 familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semiestructurada centrada en el problema (the "Interview on Subjective Illness Theory") - Creación de categorías tras la lectura repetida de las transcripciones - Codificación de los textos por categorías - "Cuantificación" de los datos mediante el software Win Max. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar opinión de los pacientes psicóticos respecto al tratamiento NL en general - Aproximarse a la opinión de pacientes y familiares respecto al tto con clozapina en particular.
Rogers et. al. 2003	16 pacientes esquizofrénicos hospitalizados y posteriormente altados, cumplimentadores de tratamiento NL y participantes en un programa de intervención psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> -26 entrevistas en profundidad previas al estudio -16 entrevistas tras una intervención psicosocial -En el domicilio del paciente -Una lectura ciega a la intervención psicosocial -Creación de categorías por consenso -Análisis asistido por un programa informático word. 	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar si dos intervenciones psicosociales diferentes (educativa vs centrada en la relación terapéutica), conllevan resultados distintos en relación a actitudes hacia el tratamiento, adherencia terapéutica y prevención de recaídas
Carrick. et. al. 2004	25 pacientes psicóticos, asistentes a H. de día y cumplimentadores de tratamiento NL	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevistas en profundidad en la fase I - Grupos focales en la fase II 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio de la experiencia subjetiva de los pacientes psicóticos con el tratamiento neuroléptico - Factores influyentes en la vivencia de bienestar

1.6 Síntesis de la introducción

De todo el contenido revisado hasta este punto, resulta patente el interés del tema que nos ocupa, la multitud de trabajos publicados al respecto y, principalmente, la diversidad metodológica de abordaje. Sin embargo, los hallazgos no resultan concluyentes por los siguientes motivos, que, en definitiva, resultan nucleares para nuestra investigación:

- Ausencia de consideración de aspectos subjetivos en los estudios de comparación entre antipsicóticos, incluso en los meta-análisis que suponen el primer nivel de “calidad” en la medicina basada en pruebas.
- Confusión en la terminología “disforia” y “experiencia subjetiva”. La mayor parte de trabajos los utilizan como sinónimos, por lo que los resultados no resultan replicables.
- Limitaciones existentes en las escalas diseñadas para la evaluación de la experiencia subjetiva con antipsicóticos, las cuales acotan los aspectos a explorar por el formato de pregunta / respuesta.
- Escasez de estudios cualitativos publicados sobre este tema. Sin embargo, esta metodología parece apta para abordar la complejidad de la experiencia subjetiva y, sobre la misma, generar hipótesis explicativas.

Todo ello nos ha llevado a plantear unas hipótesis de trabajo que sustentan la importancia del tema y le reportan su valía para el diseño de nuevas y más completas escalas de medida, así como para el estudio de posibles diferencias entre distintos antipsicóticos.

Los objetivos establecidos para ello, intentarán poner de manifiesto la riqueza, actualidad y valor científico de la experiencia subjetiva en pacientes psicóticos tratados con los diferentes neurolépticos al uso.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis:

1. El análisis cualitativo aportará datos que no recogen las escalas de medida de la experiencia subjetiva con la toma de antipsicóticos.
2. La experiencia subjetiva de los pacientes psicóticos con la toma crónica de tratamiento neuroléptico valorada mediante tecnología cualitativa, mostrará si existen diferencias entre los antipsicóticos clásicos y atípicos.

Objetivos:

1. Diseñar una metodología cualitativa con grupos focales formados por pacientes psicóticos, los cuales serán valorados además mediante la escala UKU de efectos secundarios.
2. Analizar las transcripciones obtenidas en las grabaciones y generar un sistema de categorías que sustente la interpretación del discurso.
3. Indagar hasta dónde llega y en qué aspectos queda deficitaria la medicación antipsicótica, desde una perspectiva de la experiencia subjetiva.
4. Profundizar en posibles factores que influyen en la actitud hacia el tratamiento, adherencia terapéutica y calidad de vida.
5. Confirmar o no si, desde este enfoque, existen diferencias entre los neurolépticos existentes.
6. Identificar aspectos que no quedan reflejados en escalas cuantitativas.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3. MATERIAL Y MÉTODO

En este trabajo, hemos realizado un estudio de corte cualitativo cuyo objetivo esencial reside en valorar la experiencia subjetiva de los pacientes diagnosticados de psicosis en tratamiento ambulatorio con antipsicóticos. Tratamos de recoger toda la riqueza de dicha vivencia y, a su vez, pretendemos observar si la percepción subjetiva es distinta con los diferentes antipsicóticos al uso en el momento del estudio.

3.1 Material

Los pacientes en nuestro trabajo se seleccionaron de manera intencionada, es decir, con el requisito de que sufriendo un trastorno psicótico, hubieran probado varios neurolépticos durante un período superior a un año.

3.1.1 Criterios de inclusión y de exclusión

Acordamos unos criterios de inclusión y exclusión comunes para todos los grupos, los cuales se detallan en la tabla 7.

Tabla 7. Criterios de inclusión y de exclusión de los participantes

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
-Diagnostico, según criterios DSM IV, de: <ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno delirante - T. psicótico no especificado -Tratamiento antipsicótico al menos un año -Experiencia con antipsicóticos típicos y atípicos -Consentimiento informado	-Contraindicación clínica para participar en un grupo -Incapacidad para dar el consentimiento informado -Incoherencia del lenguaje

3.1.2 Características generales de la muestra

Nuestra pretensión residió en el reclutamiento de pacientes familiarizados con el uso de antipsicóticos y a su vez aptos para la participación en un grupo.

La muestra de este trabajo se compone de 12 grupos de pacientes (cada uno formado por 6-10 participantes, N= 88), todos ellos diagnosticados de un cuadro psicótico (78% esquizofrenia) y en tratamiento con neurolépticos por un período mínimo de un año.

Tienen una larga experiencia en el consumo de antipsicóticos y han probado tanto típicos como atípicos.

Los participantes fueron invitados a colaborar por sus clínicos de referencia (no implicados en este estudio de forma directa), los cuales se basaron en los criterios de selección expuestos. No se anticipó a los pacientes el tema a tratar.

3.1.3 Distribución de los participantes según ámbitos asistenciales

La segmentación de los grupos se efectuó a partir de diferentes entornos asistenciales, tratando de obtener de esta forma una amplia representación con la mayor variedad de discursos posibles sobre el tema. Sobre el diseño original se fueron añadiendo nuevos grupos, siguiendo el criterio de exhaustividad y saturación de la información.

Se seleccionaron cinco ámbitos asistenciales de procedencia diferentes, de forma que cuatro grupos fueron derivados desde un centro de salud mental, tres de un centro de día, dos de un centro de larga estancia, dos de un club de ocio y uno de un piso tutelado (Tabla 8).

En la tabla 9, se especifica la distribución de participantes según grupos celebrados.

Tabla 8. Distribución muestral según ámbitos asistenciales

Ámbito asistencial	Nº de grupos	Nº de pacientes
CSM	4	35
CRIS	3	17
AFEM	2	15
PISO TUTELADO	1	6
RESIDENCIA	2	15
TOTAL	12	88

Tabla 9. Distribución muestral según grupos celebrados

Ámbito asistencial	Número de participantes
CSM 1	11 (8 v / 3 m)
CSM 2	6 (5 v / 1 m)
CSM 3	8 (5v / 3 m)
CSM 4	10 (7 v / 3 m)
CRIS 1	5 (2 v / 3 m)
CRIS 2	5 (4 v / 1 m)
CRIS 3	7 (3 v / 4 m)
AFEM 1	9 (8 v / 1 m)
AFEM 2	6 (4 v / 2 m)
RESIDENCIA 1	8 (7 v / 1 m)
RESIDENCIA 2	7 (5 v / 2 m)
PISO TUTELADO	6 (6 v)
TOTAL	88 (64 v / 24 m)

Así pues, el mayor número de asistentes a una convocatoria ha sido 11 y el mínimo 5; en ningún caso se superó el máximo recomendable (12), ni se realizó con menos asistentes del mínimo válido (4), como ya se informó en la introducción.

Desconocemos las razones por las que cuatro convocados no asistieron finalmente a la cita. Tras preguntar a las personas que sirvieron de enlace, parece que la inestabilidad clínica e incomodidad consecuente para participar en un grupo, fue el motivo principal en todos ellos. Es más que probable la rebeldía actitudinal subyacente de los mismos, para compartir su opinión sobre el tratamiento.

3.2 Método

3.2.1 Elección de grupos focales como técnica cualitativa

El presente estudio utiliza la técnica de los grupos focales. Un grupo focal, como hemos expuesto con anterioridad, es una entrevista en grupo dirigida por un moderador a través de una guía de temas o preguntas abiertas. La interacción grupal se utiliza para generar y contrastar la información (Morgan y Krueger 1998, Prieto y March 2002).

Para el diseño de nuestros grupos focales, se tuvo en cuenta también el método de los grupos de discusión desarrollado por Ibáñez (1992) y Canales y Peinado (1994) en el ámbito de la sociología crítica.

En este proyecto, hemos optado por esta técnica por diferentes motivos. Uno es la experiencia de los autores con la misma; también se apoya en que el formato grupal atenúa la influencia del entrevistador. Debe tenerse en cuenta que la entrevista en profundidad se asemeja a la entrevista clínica y, esta similitud, podría haber sido una fuente de sesgos en pacientes psiquiátricos con mucha experiencia en entrevistas individuales. Por otro lado, la dinámica del grupo favorece la producción y la expresión

de las ideas y estas pueden también ser contrastadas en el seno de la discusión entre participantes, ofreciendo así un primer escalón de validación.

La opción grupal, condiciona también que el material que aparece en las discusiones se refiera a aspectos de las experiencias que se pueden compartir. Las vivencias, resultan de esta manera más accesibles a la interpretación que aquellas aportadas en el ámbito de las entrevistas individuales.

Como desventaja, los grupos pueden dificultar la aportación de información que sea poco deseable socialmente. Tampoco resulta el ámbito más favorable para pacientes con graves problemas comunicativos o en habilidades sociales, así como con síntomas que hagan de una interacción grupal una experiencia incómoda.

3.2.2 Conducción de los grupos

Antes de comenzar el estudio, se realizaron dos grupos piloto con pacientes diferentes a los participantes definitivos, para poner a prueba la pertinencia de las preguntas a plantear y calibrar la capacidad de los investigadores. Una vez clarificados todos los puntos de interés, se procedió al inicio del trabajo.

La participación fue voluntaria tras la obtención del consentimiento informado. Los pacientes recibieron una gratificación en efectivo o su equivalente según el acuerdo con el centro correspondiente, hecho que desconocían de antemano.

Las reuniones se celebraron en un local cómodo y neutral, donde los participantes pudieran sentarse alrededor una mesa.

Las sesiones fueron grabadas en audio y ocasionalmente en vídeo, con el consentimiento explícito de los asistentes.

En todas las reuniones hubo un conductor y un observador. El primero coordinaba el grupo y hacía las preguntas, mientras que el segundo se ocupaba de la

logística y tomaba notas. Aunque los conductores son psiquiatras y psicólogos clínicos, en ningún caso tuvieron implicación directa o indirecta en el tratamiento de los informantes.

La conducción fue suavemente directiva. Cada grupo se inició con una presentación de los investigadores y una palabras generales de agradecimiento y estímulo a la participación activa y espontánea. Se explicitó que no se buscaba acuerdo como objetivo y que las intervenciones deberían hacerse desde la propia experiencia de los pacientes, sin existir respuestas “correctas” o “incorrectas”. Se aclaró, a su vez, que lo que se dijera en la reunión no tendría repercusión sobre el tratamiento.

Antes de comenzar cada celebración, se repartió a los pacientes un listado con los nombres comerciales de todos los medicamentos antipsicóticos, para facilitar así la identificación de tratamientos pasados y actuales.

A partir de aquí y de forma sucesiva se efectuaban la preguntas, el moderador las introducía al hilo de la discusión. Se dirigía al grupo en su conjunto, las intervenciones fueron mínimas, limitadas a estimular la participación de todos, conteniendo a los excesivamente habladores. Las preguntas en principio propuestas fueron abiertas y partieron desde planteamientos más generales a más particulares relacionados con el tratamiento:

- ¿Cómo es vuestra experiencia con los medicamentos de la lista?.
- ¿Cuál es el efecto del tratamiento?.
- ¿Cuáles son sus limitaciones? (cosas que no esperáis del mismo).
- Si se deja el tratamiento, ¿qué ocurre?.
- Describid, en vuestras propias palabras, la “medicación ideal”.
- Según vuestra opinión, ¿hay diferencia entre tratamientos?.

Los grupos duraron entre 40 y 100 minutos, en relación principalmente con las características clínicas del conjunto de participantes. Así, por ejemplo, se observó que los procedentes de centros de día, cuyos miembros tenían práctica previa en el trabajo grupal, se extendieron más que los celebrados con pacientes menos rehabilitados.

El ambiente general fue cordial, participativo y estimulante. En ninguno de los grupos se plantearon problemas en la conducción. En el momento en que no se aportaba nueva información, se formulaba una pregunta final de recapitulación que se fue contestando por turno.

Posteriormente y de manera individual, los participantes fueron entrevistados para la obtención de ciertos datos de carácter sociodemográfico y clínico, así como para la recogida de información cuantitativa (escala UKU de efectos secundarios, Lingjaerde et al. 1987).

3.2.3 Análisis de los resultados

Todas las cintas fueron transcritas. Para el análisis de las transcripciones, se utilizó un procedimiento común a la práctica cualitativa y derivada de la teoría fundamentada.

Las transcripciones fueron leídas repetidamente por parte de todos los miembros del equipo, en esta lectura reiterada se identificaron temas o fragmentos de discurso que se referían a matices equivalentes. Se definieron tras ello categorías de discurso, a las cuales se les fueron asignando códigos de identificación.

Sobre el diseño de categorías establecido, se celebraron reuniones de trabajo de todos los investigadores para codificar detenida y simultáneamente las transcripciones hasta llegar al acuerdo final acerca de las mismas, sus definiciones y los fragmentos de texto representativos.

Las categorías principales resultantes, tendieron a coincidir con las preguntas establecidas como guión en la conducción. Se dividieron en subcategorías, con la intención de recoger contenidos del discurso que emerge de forma espontánea sobre un mismo tema.

El trabajo de asignación de categorías se facilitó con el apoyo del programa informático específico de análisis cualitativo QRS N´Vivo (2000). Los investigadores fuimos instruidos en un taller sobre su uso.

El mismo pertenece a lo que se consideran “Soluciones Cualitativas para la Investigación”. La traducción es NUDISTVIVO (con su copyright): Non Numerical Unstructured Data with powerful proceses of Indexing, Searching and Theorizing (Datos no numéricos, no estructurados, dotado de poderosos procesos de Indicialización, Búsqueda y Teorización).

El trabajo con este programa es muy intuitivo, pues va dando instrucciones conforme se avanza en la introducción de datos. Dispone de diferentes alternativas de manejo, adaptándose a formas de hacer u objetivos de los investigadores.

Durante todo el trayecto cualitativo, tuvimos siempre presente la importancia de verificar la calidad del trabajo, cotejando el proceso con los criterios de calidad y procedimientos de prueba de ésta conocidos como criterios de bondad, propuestos por Pla 1999 y Mays y Pope en el año 2000 (resumidos en el apartado 1.5.5 del presente manuscrito).

Atendiendo a que los aspectos éticos forman parte de los criterios de calidad, revisamos la adscripción del estudio a los que han sido propuestos para la investigación cualitativa por el Qualitative Research Working Group NHMRC of Australia 1994 (también señalados en el apartado 1.5.5).

3.2.3.1 Pasos en el trabajo con QRS N'Vivo:

1- Importación de los textos transcritos completos, que constituyen una base de datos.

2- Introducción del sistema de categorías, que pasarán a llamarse **Nudos** en el programa. Tanto estas como los textos, son accesibles por separado mediante un **Explorador**.

3- Cada Nudo cuenta con sus **Atributos**.

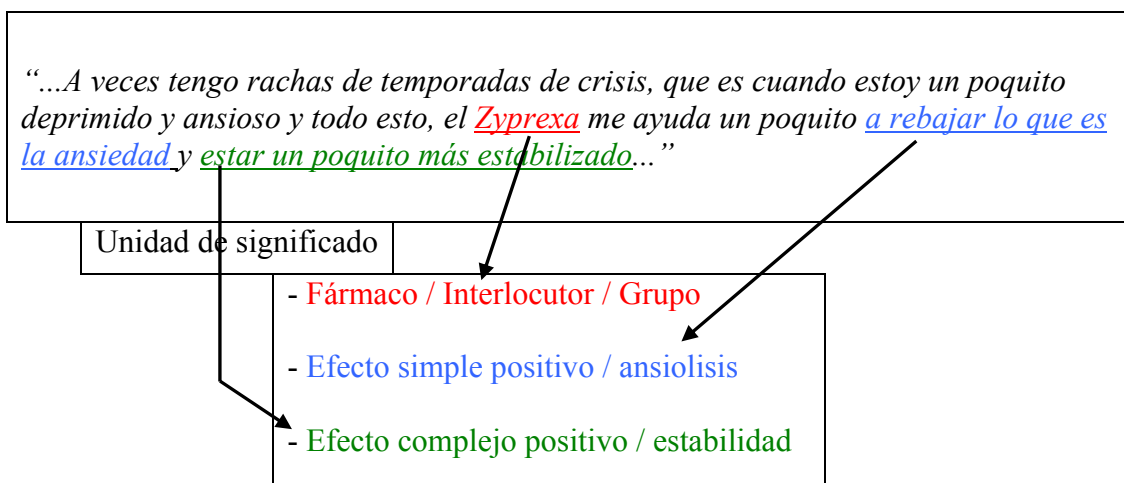
4- Los textos, pues, son clasificados en Nudos. A medida que se avanza en complejidad, se puede distribuir la información en árboles, conjuntos o juegos (sets).

5- El despliegue visual de las ideas, teorías y procesos se puede hacer por vía del **Modelado**, herramienta que soporta estratos o capas a medida que las ideas se desarrollan, agrupando items y vínculos activos con los datos que representan.

6- Las **Herramientas de Búsqueda** soportan procedimientos de análisis en los que se pueden combinar búsquedas de textos, procesos de codificación y de atributos para hacer preguntas, para desarrollar y poner a prueba teorías.

7- Entre las búsquedas que el programa ofrece, se puede valorar la relación entre un concepto y un atributo, comparar distintas perspectivas de los participantes sobre una serie de temas, preguntar en relación a diferentes matices y, por último, analizar categorías interrelacionadas, buscando redundancia y significado.

Ejemplo:



*Los sujetos y los fármacos se categorizan de forma sistemática.

3.2.4 Recogida de datos cuantitativos

Como ya se ha comentado con anterioridad, en una entrevista individual posterior a la celebración de cada grupo se recogieron una serie de datos de tipo sociodemográfico, se recopilaron los tratamientos pasados y actuales y se administró un cuestionario estructurado de efectos secundarios (Escala UKU, Lingjaerde et al. 1987). En los anexos I y II, se adjuntan los registros que fueron completados por los pacientes con ayuda de los investigadores.

El cuestionario UKU consta de un listado de 54 posibles reacciones adversas clasificadas según áreas de afectación; mediante esta escala se valora la existencia del síntoma, el nivel de intensidad en caso de estar presente (gradación 0-3), la probabilidad de atribución causal del mismo al tratamiento, el *grado de interferencia de los efectos secundarios sobre el funcionamiento diario* y las *repercusiones derivadas sobre la cumplimentación*.

3.2.4.1 Escala UKU

A continuación, exponemos los resultados de la evaluación efectuada mediante la mencionada escala UKU de efectos secundarios.

Los pacientes, aunque fueron invitados a responder según el tratamiento supuestamente cumplimentado del momento de la valoración, a menudo aludieron a vivencias del pasado con otros fármacos. Nosotros, como equipo investigador, contemplamos que este acontecimiento no es más que una réplica de la realidad, en el sentido de que los pacientes a menudo entremezclan vivencias anteriores y actuales para valorar su afectación por un determinado efecto adverso.

En la tabla 10, exponemos únicamente aquellos items que fueron puntuados con un valor mayor a 0'90 como media.

La estimación de la media y desviación típica, ha sido tratada mediante el software SPSS, sistema operativo en el que hemos incluido todos los datos del registro cuantitativo de nuestros participantes.

Anticipamos que, en el apartado de discusión, expondremos un breve resumen de las diferencias y contrastes entre la información acerca de los efectos secundarios derivados de los antipsicóticos recogida mediante este método individual y cuantitativo (escala UKU), en contraposición con los resultados del abordaje grupal y cualitativo que ha caracterizado este trabajo (análisis de las transcripciones de los grupos focales celebrados).

Tabla 10. Estadísticos descriptivos UKU: efectos secundarios más aquejados

Items escala UKU	Media	Desviación típica
Concentración UKU	1,55	1,198
Disfunción eyaculatoria UKU	1,44	2,554
Aumento de peso UKU	1,43	1,111
Memoria UKU	1,39	1,130
Amenorrea UKU	1,30	2,973
Disfunción eréctil UKU	1,28	2,554
Astenia UKU	1,17	1,004
Aumento sueño UKU	1,13	1,051
Disfunción lubricación UKU	1,13	2,960
Somnolencia UKU	1,12	1,070
Menorragia UKU	1,11	2,961
Indiferencia emocional UKU	1,09	1,861
Depresión UKU	0,99	1,012
Tensión UKU	0,98	1,054
Cefalea UKU	0,93	1,052
Dependencia física UKU	0,91	1,425
Disminución deseo sexual UKU	0,90	1,118

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 Descripción de la muestra

4.1.1 Variables sociodemográficas

Nuestros participantes fueron jóvenes en general, el rango de edad osciló entre los 20 y los 55 años, con una media de 36.2.

Existe una mayoría masculina, como se puede apreciar en la tabla 11.

El estado civil fue mayormente soltero y la situación laboral comprometida.

4.1.2 Variables clínicas

El 78% de nuestros asistentes contaba con el diagnóstico de esquizofrenia. La gravedad clínica resultó considerable, teniendo en cuenta que un 71.5% había precisado ingreso en Unidad de Agudos.

El 70% presentaba antecedentes de abandono del tratamiento, es decir, que la mayoría había tenido algún problema de cumplimentación en el pasado.

4.1.3 Variables farmacológicas

El porcentaje de participantes que en el momento del estudio cumplimentaba antipsicóticos atípicos, fue mayoritario.

A su vez, de cara a la “interpretación” de los datos, es interesante remarcar que en el momento de la valoración cumplimentaban risperidona u olanzapina en porcentajes similares. Nuestros informantes son algo más expertos con la risperidona, hecho acorde con el mayor tiempo de comercialización de la misma con respecto a la olanzapina.

Aunque no es a nuestro juicio comparable, sí que resulta de interés destacar que los datos UKU que presentamos en la siguiente tabla son globalmente más “optimistas” de lo que posteriormente apreciamos en las dinámicas grupales. Suponemos que el hecho de responder en formato escala, sesga enormemente detalles aclaradores / explicativos.

Tabla 11. Características generales de la muestra

		N	%
Edad (años)		36.2	(rango 20-55)
Sexo (% varones)		64	(72.7 %)
Diagnóstico	Esquizofrenia	68	(78.0 %)
	T. Esquizoafectivo	10	(11.4 %)
	T. Delirante	4	(4.5 %)
	Otros	6	(6.1 %)
Antecedentes abandono tto		56	(70%)
H° de Ingresos en Unidad Agudos		63	(71.5%)
Tratamiento simultáneo actual	NL Típicos	17	(19.5 %)
	NL Atípicos	41	(46.1 %)
	NL Típicos y atípicos	30	(34.4 %)
Toma actual de risperidona		32	(36.4%)
Toma actual de olanzapina		34	(38.6%)
Toma de risperidona en el pasado		20	(22.7%)
Toma de olanzapina en el pasado		10	(11.4%)
Interferencia RAM (UKU)	Sin RAM	25	(28.7%)
	No interf. significativa	27	(31%)
	Interf. moderada	31	(34.6 %)
	Interf. marcada	5	(5.7%)
Repercusión cumplimentación (UKU)	Ninguna acción	57	(64.5%)
	No reducción dosis	10	(11.5%)
	Reducción dosis	8	(9.1%)
	Retirada / cambio	13	(14.7%)

4.2 Sistema de categorías

Un total de 3 categorías principales (*efectos percibidos del tratamiento, actitudes y cumplimentación e impacto de la enfermedad y del tratamiento*), con 15 subcategorías definidas en consenso, fueron extraídas de los datos (Tabla 12). Si bien estas se han correspondido principalmente con la guía temática empleada de forma sistemática en las sesiones, los matices emergentes emitidos de forma espontánea por los pacientes se han visto incorporados.

Recogen todos los aspectos considerados por los pacientes en nuestros grupos, para explicar su experiencia subjetiva con el tratamiento. Un buen número de estas no aparecen en ninguna escala de experiencia subjetiva o de efectos secundarios.

Debido a que el objetivo de este trabajo incluye aspectos primordiales inherentes a la cumplimentación, hemos omitido el desarrollo de la última categoría principal.

Para favorecer la comprensión global del lector, en la tabla 13 se expone el sistema de categorías, subcategorías y subdivisiones. Lejos de proponer un modelo categórico, mostramos la clasificación que nos ha ayudado en el trabajo de homogenización de la tarea inductiva y en la ordenación de la información. Pudiera servir de soporte para investigaciones futuras en esta línea.

Con el objetivo de centrarnos en los datos más relevantes, vamos a canalizar la exposición de los resultados según categorías y subcategorías; nos hemos extendido en las más significativas y este es el motivo por el que se obvian las menos relevantes en la exposición.

Hemos empleado un sistema de numeración ordinal propio que resulte clarificador.

Informamos que algunos contenidos han sido categorizados en más de una ocasión y, por ello, varios ejemplos se repiten. Este hecho, es consecuencia directa del supuesto que contempla que una unidad de texto puede conllevar diferentes unidades de significado.

Por último, será de interés aclarar que este apartado centra su importancia en la descripción de las categorías de forma global y no en la cuantificación exacta de las citas incluidas en las mismas. Dejamos ese paso para el apartado 4.3.

Tabla 12. Descripción del modelo de categorías principales y subcategorías

1. Efectos percibidos del tratamiento:

- 1.1. Efectos simples
- 1.2. Efectos complejos
- 1.3. Falta de eficacia
- 1.4. Efectos a largo plazo
- 1.5. Limitaciones del tratamiento
- 1.6. Comparación entre fármacos

2. Actitudes y cumplimentación

- 2.1 Razones para cumplimentar
- 2.2 Razones para no cumplimentar
- 2.3 Causas de cese de tratamiento
- 2.4 Consecuencias de no cumplimentar / cese
- 2.5 Tratamiento ideal
- 2.6 Alianza terapéutica
- 2.7 Actitudes generales, creencias, expectativas

3. Impacto de la enfermedad y tratamiento

- 3.1 Narrativas autobiográficas
- 3.2 Metáforas

Tabla 13. Descripción del modelo construido en el análisis temático basado en la Teoría Fundamentada

Categoría Principal	Subcategoría	Primera subdivisión	Segunda subdivisión
1.1 Simples	Positivos	Ansiolítico	
		Inductor del sueño	
		Antipsicótico	Síntomas positivos
		Antidepresivo	Síntomas negativos
		Mejoría de SEP	
		Otros	
	Negativos	Fatiga, sedación, somnolencia	
		Falta de iniciativa	
		Disfunción cognitiva	
		Ansiedad	
		Depresión	
		Habitación, dependencia	
		Incremento consumo tabaco	
		Ganancia de peso	
		Hiperglucemia	
		Disfunción sexual	
		Vértigo	
		Cefalea	
		Acatisia	
		Parkinsonismo	
		Hipersalivación	
		Efectos Anticolinérgicos	
		Galactorrea / amenorrea	
		Molestias gastrointestinales	
		Fotosensibilidad	
		Otros	
1.2 Complejos	Positivos	Socialización	
		Estabilidad	
		Prevención de recaídas	
		Mejoría global	
		Otros	
	Negativos	Empeoramiento global	
		Otros	
	Otros		
1.3 Falta de eficacia			
1.4 Efectos a largo plazo	Generales	Positivos	
		Negativos	
	Tolerancia	Tolerancia a efectos beneficiosos	
		Tolerancia a efectos secundarios	

RESULTADOS

Categoría Principal	Subcategoría	Primera subdivisión	Segunda subdivisión
1.5 Limitaciones del tratamiento	Eficacia insuficiente Efectos secundarios Falta de integración / rehabilitación Tratamiento obligatorio Otras limitaciones		
1.6 Comparación entre fármacos	Típicos vs atípicos	Favorable a típicos Favorable a atípicos	Favorable a clozapina Favorable a risperidona Favorable a sertindol Favorable a quetiapina Favorable a olanzapina
	Entre atípicos	Favorable a clozapina Favorable a risperidona Favorable a sertindol Favorable a quetiapina Favorable a olanzapina	
	Entre típicos Otras comparaciones Imposibilidad de comparación		
2.1 Razones para cumplimentar	Efectos positivos	Simples Complejos	
	Influencia ambiental	Social-familiar Terapéutica	
	Relacionada con actitudes Otras razones		
2.2 Razones para no cumplimentar	Eficacia insuficiente Eficacia nula		
	Efectos negativos	Simples Complejos	
	Relacionados con la pauta Relacionado con actitudes Otras razones de abandono		
2.3 Causas de cese de tratamiento	Mejoría Efectos secundarios Eficacia insuficiente o nula Desconocida para el paciente Otras razones		
2.4 Consecuencias de no cumplimentar/cese	Mejoría Empeoramiento Síndrome de abstinencia No consecuencias		

Categoría Principal	Subcategoría	Primera subdivisión	Segunda subdivisión
2.5 Tratamiento Ideal	Mayor eficacia	Sobre síntomas positivos Sobre síntomas negativos Como ansiolítico Otros	
	Curación		
	Efectos utópicos		
	Mejor tolerancia		
	Mayor comodidad		
	Efectos de otras sustancias	Ansiolíticos Estimulantes Productos naturales	
	Libertad de elección		
	Personalizado		
	Ninguno		
	No farmacológico		
	Otros		
2.6 Alianza terapéutica	Afinidad con el terapeuta Afinidad con el contexto		
2.7 Actitudes, creencias, expectativas	Vida y sociedad		
	Medicina		
	Psiquiatría		
	Enfermedad		
	Medicación	Positiva Negativa Complejos / ambivalentes Medicación Otros	
3.1 Narrativas Autobiográficas	Cronológicas Fenomenológicas Etiqueta diagnóstica		
3.2 Metáforas			

4.2.1 Efectos percibidos del tratamiento

Esta categoría, ha sido denominada de esta forma para incluir el amplio contenido del discurso relacionado con el efecto subjetivo asociado al tratamiento neuroléptico. Contempla tanto las experiencias específicas que los pacientes atribuyen a la medicación, como los significados más elaborados sobre la evolución clínica. Los primeros se corresponden con entidades sencillas (efectos simples) y los segundos combinan o trascienden las unidades analíticas de la psicopatología clásica (efectos complejos).

A partir de este punto, para favorecer la lectura, la numeración de las categorías se corresponde con la de las Tablas 12 y 13.

1.1 Efectos simples

En líneas generales, los pacientes mencionan menos efectos simples positivos que negativos.

1.1.1 Efectos simples positivos

Los pacientes utilizan términos como relajante o calmante para referirse al bienestar derivado de la medicación. En ocasiones, el efecto es puramente sedativo y, en otras, se desprende una más que probable connotación implícita de efecto antipsicótico y antiangustiante: *‘Etumina para matar la ansiedad, porque yo tengo mucha ansiedad. Estoy muy angustiado. Con la Etumina, se me va mucho malestar’, ‘ Cuando tomé Haloperidol y Sinogan, también noté un efecto relajante, como si fuera bien para,*

imagino [...] para cuando yo estaba un poco nervioso o parecido, *'Sobre todo lo que acabo de decir, me relajan y me calman. Etumina y Rohipnol me ayudan a dormir'*.

Como se objetiva en los ejemplos anteriores, los pacientes cumplimentadores de antipsicóticos clásicos en nuestra muestra rescataron la virtud “calmante” de este tipo farmacológico, cuando es bien tolerado: *'El Sinogan me ayudaba a dormir por las noches'*, *'Me gusta el Meleril, porque me ayuda a sentirme calmado sin efectos secundarios'*.

La acción propiamente “antidepresiva”, ha sido mayormente atribuida a la olanzapina entre los atípicos: *'Con el Zyprexa, me va bien para la depresión'*, *'Te da así un poco el ánimo'*, asociada al efecto relajante de la misma.

La eficacia antipsicótica “sanadora”, fue más visible en los cumplimentadores de atípicos entre nuestros participantes, sobretodo con risperidona: *'Era como si yo estuviera constantemente recordando, eh... no eran recuerdos exactamente, era que yo no podía ver las cosas claras dentro de mi mente y que yo creía que se reían de mí[...]* y con el Risperdal eso desapareció', *'Me siento más calmado cuando tomo las pastillas..., y..., y no pienso demasiado, estoy más...más centrado en lo que estoy haciendo'* (risperidona).

1.1.2 Efectos simples negativos

Respecto a los efectos negativos, los pacientes que cumplimentan clásicos en nuestra muestra se refieren a efectos secundarios extrapiramidales más a menudo que los que toman atípicos: *'Haloperidol me causa temblores y te quedas...te quedas agotado'*, *'El Cisordinol Depot, a pesar del Akineton, me dejaba arqueado y no tenía estabilidad'*, *'Cuando tomé Haloperidol, yo creo que hizo que mis dientes se montaran los unos sobre los otros'*.

“Pereza” y “somnolencia”, son términos también empleados con frecuencia para aludir a efectos letárgicos tanto con clásicos como con atípicos (especialmente risperidona, de forma creciente con el aumento de dosis): *‘Tengo algunas experiencias de aturdimiento con Sinogan, te hace dormir, estás siempre durmiendo’, ‘Con Haloperidol, bueno, pasaba todo el día durmiendo’, ‘El Risperdal me aplastaba más’, ‘El Risperdal me dejaba chafado, chafado, chafado’, ‘Yo tomo Risperdal, y si me lo tomo en exceso, me produce aplastamiento’.*

Los efectos secundarios anticolinérgicos, son mencionados a menudo con antipsicóticos clásicos: *‘El Sinogan me causaba visión borrosa. Veía todo borroso y me daba somnolencia [...]. Tenía que irme a casa a dormir’, ‘Yo tomaba Sinogan, en pastillas de 100 que son las grandes, y me levantaba por la mañana con toda la boca seca...seca, ah!, completamente seca[...] Era como si me estuviera tragando la lengua’.*

Los pacientes también se quejan de sialorrea, *‘Se me caía la baba, sí, nos ha pasado a muchos de nosotros con el Haloperidol’, ‘El Leponex me hacía producir mucha saliva [...] babeaba constantemente y a veces...por toda la saliva que tenía en la boca, me ponía muy nervioso y sofocado’.*

La ganancia de peso fue, en nuestra muestra, el efecto simple negativo más frecuentemente atribuido a la olanzapina *‘Zyprexa te hace engordar por sí misma’, ‘En cuanto a Zyprexa, por tanto, yo creo que te deja más calmado pero tiende a causarte más apetito, te hace engordar’.*

Por último, no faltan las quejas referentes a la esfera sexual en todas sus variantes, siendo la risperidona, entre los atípicos, el fármaco más notablemente mencionado: *‘Para nosotras, las mujeres, el Risperdal hace que no nos venga la regla’, ‘El tema sexual es algo que he olvidado, porque no siento ningún estímulo con el Risperdal’.*

1.2 Efectos complejos

Los comentarios de nuestros pacientes que se adscriben a esta categoría son, a nuestro parecer, una de las mayores aportaciones de este trabajo. Haber escuchado y, en este caso leer, la forma en la que expresan sus vivencias, supone para nosotros uno de los reflejos más fieles de la experiencia subjetiva. La riqueza de las citas es, a nuestro juicio, inmesurable.

En los grupos celebrados durante este trabajo, se han emitido más comentarios sobre efectos complejos positivos que negativos.

En el tomo de anexos, el lector puede acceder a una vasta ejemplificación de esta categoría, tanto en su faceta positiva como negativa.

1.2.1 Efectos complejos positivos

Los efectos complejos positivos, según son relatados por los pacientes, están a menudo relacionados con el bienestar y la repercusión en el funcionamiento global. Muchos comentarios se refieren a la mejoría de habilidades sociales o vocacionales, de la cual parecen beneficiarse más (no exclusivamente) los cumplimentadores de atípicos: *‘Desde que comencé con Zyprexa hasta ahora, me siento más contento, disfruto más relacionándome con otras personas, hablo más, estoy más vital... tengo más vitalidad, la palabra es vitalidad, más fuerza interior’, ‘Ahora que estoy tomando Zyprexa, estoy más estable y capaz para trabajar, duermo las horas que necesito, no más de eso, y puedo hacer más cosas’, ‘[...] pues..., que ya no pienso demasiado, que estoy más... más... centrado en lo que estoy haciendo con Risperdal ’, ‘Ahora con Zyprexa estoy trabajando mucho mejor que antes’.* El término “estabilidad”, está especialmente vinculado a la olanzapina en nuestras transcripciones: *‘Ahora que estoy tomando Zyprexa, estoy más estable y más capaz para trabajar’.*

La especificación de la dosis adecuada para conseguir efectos complejos positivos, es a menudo comentada con todo tipo de fármacos. Los clásicos, en su justa medida, no se escapan de estas bondades.

Por último, frases como *‘Yo creo que se necesita el tratamiento para elevar la autoestima’*, son un buen ejemplo del beneficio en términos del bienestar global que el tratamiento puede ofrecer.

1.2.2 Efectos complejos negativos

Los efectos complejos negativos se ven impregnados por los temores y desconfianza respecto al control que los psicoactivos pueden ejercer sobre el sujeto: *‘Estas medicinas cambian mi personalidad por completo’*, *‘Cuando me ponen una inyección entera de Cisordinol, entonces, ya sabes, me deja... no sé, me deja rígido... ya no podré ser una persona nunca más’*.

La falta de iniciativa y de manejo supone una ruptura biográfica para muchos sujetos, aunque en estos casos los efectos secundarios son con frecuencia confundidos con síntomas de enfermedad *‘Yo hacía footing, jugaba a varios deportes, tenía muchas [...], muchas ambiciones... entonces, ha sido un bloqueo de actividad física y de entusiasmo. Bueno, no de entusiasmo, pero el impulso para hacer proyectos...a medio o a largo plazo. Yo sólo hago cosas a corto plazo, únicamente lo del momento. Lo que quedaba, se ha ido’*, *‘Un shock brutal con tres Sinogan 100 al día, lo detesto... me anulan por completo’*.

En general, los pacientes tienden a confundir los síntomas y los efectos secundarios, si bien aquellos adheridos a programas de rehabilitación psicosocial fueron más capaces de discernir entre ambas posibilidades.

Las quejas de “disforia” no faltan, especialmente entre aquellos que cumplimentan antipsicóticos clásicos: *‘Me empezaron a dar Haloperidol, Risperdal, Sinogan y Akineton, pero me sentaban fatal, era una pesadilla’, ‘Yo, en un principio me encontraba muy mal cuando tomaba Haloperidol y el Sinogan’, ‘Con el Haloperidol y con el Eskazine sentía como la cabeza así, un poco trastornada’.*

1.3 Falta de eficacia

Resulta preciso mencionar que los comentarios sobre ineficacia son minoritarios: *‘Yo tomaba 6 mg de Risperdal y recaí. Entonces me lo aumentaron 3mg y no he notado nada [...] me siento igual o incluso peor que antes. No he notado efecto alguno’, ‘Las pastillas no hacen nada, es como si fueran caramelos, lo mismo. No me siento ni mejor ni peor’.*

1.4 Efectos a largo plazo

Los participantes de nuestra muestra han estado tomando antipsicóticos durante un período prolongado. Por tanto, resulta factible la discriminación de variaciones del efecto a lo largo del tiempo.

Hemos agrupado los comentarios al respecto en dos subcategorías, de acuerdo con los matices de los cambios:

1.4.1 Efectos generales a largo plazo

Esta subcategoría incluye efectos, tanto positivos como negativos, que aparecen y que en ocasiones desvanecen: *‘Muchas veces no entiendo lo que ha ocurrido con las medicinas, las primeras dos semanas me fueron bien pero, después, empezaron a*

causar problemas, comencé a notar efectos negativos en mí', 'Me hicieron efecto un tiempo pero se fue, luego vino y así'.

A su vez, en este grupo de comentarios se registran efectos secundarios que impactan a los pacientes, de manera que los sienten como “fuertes”, como una amenaza para el organismo: *'Yo pienso que, bueno, estas medicinas te debilitan poco a poco', 'Yo noté que dañaban a mi hígado y cosas así'.*

1.4.2 Tolerancia

Esta subcategoría contempla la vivencia de pérdida de acción terapéutica de forma longitudinal: *'Yo llevé pautado Haloperidol mucho tiempo y, bueno, tenía alucinaciones como si no lo tomara. Me dijeron que me había acostumbrado a él y que debía cambiar a otra medicina', 'Tú ves que funcionan, pero lentamente, que tus miedos desaparecen muy lentamente. Yo, por ejemplo, no sé, estoy en una época en la que pienso que, no sé... parece que el efecto del Risperdal se ha ido de alguna forma'.*

1.5 Limitaciones del tratamiento

Como era de esperar, en nuestros grupos surgieron algunas ideas sobre los puntos donde la medicación no alcanza el efecto deseado.

Contamos con referencias muy interesantes acerca de la supuesta acción farmacológica de los neurolepticos; esencialmente, los pacientes describen que el tratamiento no suprime los síntomas psicóticos por completo, especialmente la actividad alucinatoria, si bien contribuyen a reducir su intensidad. Ejemplos de eficacia insuficiente (1.5.1): *'Yo pienso que a lo que el tratamiento no llega es a poner la concentración y la atención en su sitio...así como tampoco tiene efecto sobre la*

memoria, atención, concentración y cosas así’, ‘Yo estoy en tratamiento 16 años, y continúo con él. Aún así, mi madre y yo seguimos discutiendo’, ‘Ahora, lo que falta es...conceder más energía a la persona, quitarle tanto sentimentalismo, me refiero a sensibilidad corporal y afectiva’, ‘En 1984 comencé el tratamiento, las alucinaciones desaparecieron pero luego volvieron en un año o así y nunca se han ido otra vez. Ahí es donde no llega la medicación’, ‘Respecto a las alucinaciones auditivas, no han desaparecido completamente. Al menos, ahora ya no están tan agudas, pero son como si tuvieras una radio encendida y la escucharas constantemente’.

1.6 Comparación entre fármacos

El discurso fue incluido en esta subcategoría, cuando en la misma unidad de significado se citan dos o más medicamentos y se comparan sus efectos.

En algunas ocasiones, los pacientes expresaron su incapacidad para percibir diferencias entre fármacos, así como para identificar la acción concreta de un producto: *‘No he encontrado ninguna diferencia entre las medicinas’, ‘No puedo decir cuál es mejor entre esta y la otra’, ‘La cuestión es que es difícil distinguir los síntomas [...] uno de otro. Por ejemplo, tú mezclas Zyprexa y Risperdal, y Rivotril que no está en la lista, como yo, que tomo Rivotril con Risperdal; tú los mezclas. Los tomas juntos y no sabrías cuál de ellos da resultado, no? Es difícil apreciar cuál es el efecto de las pastillas en una persona’.*

También es bastante frecuente que existan confusiones entre los diferentes tipos de fármacos, como estabilizadores del humor, benzodiazepinas, anticolinérgicos y antipsicóticos: *‘Yo tomaba Tranxilium también, pero por mi cuenta, porque me lo dieron en urgencias, me dijeron “toma esto y lo otro”, y me dejó aplastado, aplastado, aplastado...pero siempre las llevo conmigo. Y si yo salía por ahí, me quedaba dormido*

en cualquier lugar y tenía que volverme a casa al final. Esta es la diferencia que existe entre el Tranxilium y el Risperdal’, ‘Me dieron Akineton, que es mucho más suave que el Risperdal’, ‘Akineton, en comparación con Risperdal, no es nada’.

Dejando a un lado las consideraciones anteriores, los pacientes a menudo mostraron una sensibilidad selectiva para distinguir entre los efectos de diferentes productos. Una gradación comparativa entre antipsicóticos en términos de tolerabilidad resultó evidente para algunos en nuestra muestra, quedando los típicos orales y la risperidona a dosis elevadas en el peor lugar; no faltan los comentarios negativos sobre los neurolépticos depot: *‘Me pusieron Eskazine 5, 2-2-2 y con eso estaba totalmente loco, me anularon por completo [...]’; por otra parte, Modecate o Haloperidol y Diacepam que es un ansiolítico, me ayudaron mucho’, ‘Cisordinol para dormir, apenas me produce efectos secundarios; Sinogan, me puede’, ‘Me siento mejor con el Risperdal que con las inyecciones de Modecate , por ejemplo’, ‘Tomaba Meleril combinado con Modecate y Akineton, una medicación muy fuerte que me dejaba sedado, pero ahora con Zyprexa voy mucho mejor que antes’, ‘Yo estaba muy inquieto, nervioso, con efectos extrapiramidales, con mayor sensación de sentirme observado y todo ese lío (con Risperdal). Estoy bastante mejor ahora con Zyprexa y Trankimazin’.*

Se podría concluir el desglose de esta primera categoría principal (4.2.1 *Efectos percibidos del tratamiento*), con un resumen del concepto integrado que nuestros pacientes desprenden sobre los nuevos antipsicóticos.

Así, los efectos positivos comúnmente atribuidos a la olanzapina, fueron la ausencia de efectos extrapiramidales y la mejoría en la libido (efectos simples), así como su capacidad para “estabilizar” (efectos complejos); mientras que los efectos negativos fueron la ganancia de peso y la somnolencia (efectos simples). *‘Me siento más*

contento, disfruto más con la gente, hablo más, estoy más vital... Tengo más vitalidad, la palabra es vitalidad, más fuerza', 'Ahora que tomo Zyprexa, estoy más estable y capaz para trabajar', 'Tengo más humor para todo, quitando que te hace aumentar algunos kilos, estoy mejor con esta medicación (Zyprexa)'.

Con la risperidona, por contra, los efectos positivos más mencionados en nuestra muestra residieron en la eficacia como antipsicótico, tanto como efecto simple porque reduce los síntomas, como complejo porque conlleva una mejoría global; los efectos negativos más mencionados, fueron los extrapiramidales y los problemas en la libido (simples), así como el empeoramiento global (complejo): *'Lo que me pasa es que tengo pensamientos fuertes, relaciono todas las coincidencias y el Risperdal me ayuda a controlarlos y a ver que no son reales', 'Antes, me daban una medicación que no me gustaba nada, no podía eyacular en cuanto apenas, me sentía muy mal. Fue el Risperdal', 'Risperdal me fue también muy bien, pero a dosis bajas'*. Como este último ejemplo sugiere, los pacientes relacionan la tolerancia de la risperidona con la dosis requerida para obtener adelantos clínicos.

4.2.2 Actitudes y cumplimentación

La cumplimentación, surge en este trabajo como el resultado de una interacción compleja y de la elaboración de la influencia ambiental y personal sobre la percepción del tratamiento, las actitudes y las creencias. En palabras de los propios afectados: *'Los desequilibrios, las alteraciones humanas, no es así? Tomamos la medicación por algo y para algo está hecha, no? Por tanto, muchos factores determinantes pueden influir en la decisión de aceptarla'*.

En esta categoría principal, hemos agrupado temas relacionados con la decisión de toma del fármaco. Las subcategorías contemplan las actitudes y las creencias de los pacientes, partiendo de la evidencia de que el uso de antipsicóticos depende

principalmente de la percepción que el paciente se forja al respecto. Hemos incluido una subcategoría denominada relación terapéutica, entendida como la interacción que establece el paciente con el contexto y con el terapeuta, sobre el marco de la farmacoterapia. Los elementos subjetivos de estas relaciones, conllevan una importancia determinante en la cumplimentación.

En este apartado, de nuevo, hemos seguido una numeración acorde con la empleada en las tablas 12 y 13.

2.1 Razones para cumplimentar

Los motivos subjetivos por los que los pacientes toman el tratamiento, son identificables a través de los resultados descritos en este punto.

2.1.1 Efectos positivos

En este apartado se incluyen motivos positivos simples (2.1.1.1), como la contención de los síntomas psicóticos: *‘Yo sigo el tratamiento, me doy cuenta de que tuve ideas delirantes y de que el tratamiento las ha hecho desaparecer, las ha atenuado’, ‘Aunque me encuentro bien, no me dejo el tratamiento porque si lo hago las voces se intensifican y me invaden’* u otro tipo de malestar relacionado *‘Dependemos del tratamiento, porque con esta enfermedad que padecemos es indispensable...en caso contrario, notaríamos los síntomas, la ansiedad, la alteración nerviosa y esas cosas nada más abandonarla’*.

No faltan los efectos complejos positivos entre las razones que llevan a cumplimentar (2.1.1.2): *‘Yo pienso que se necesita el tratamiento para la autoestima,*

porque sino, no encuentras el punto...el punto requerido para...no sé cómo explicarlo, el punto requerido para encontrar tu autoestima’, ‘Yo tomo el tratamiento y soy capaz de venir aquí, de irme...es gracias a la medicación y no podría ser posible de otra forma. Sería imposible porque esta enfermedad afecta la personalidad y yo no me siento capacitado para llevar una vida normal’, ‘Yo no podría funcionar sin ella’, ‘Me ayuda especialmente a modular mi carácter’.

2.1.2 Influencia del ambiente

El contexto socio-familiar también puede resultar estimulante para adherirse al tratamiento pautado (2.1.2.1) *‘Tan pronto como dejo la medicación, mi madre se pone frenética. Tengo que tomarla tanto si me gusta como si no’, ‘Yo creo que tengo mucha ayuda con mi familia. Siempre han estado peleando “toma el tratamiento”, “levántate más pronto”, “haz algo”, “no pases todo el día sentado ahí”.*

El contexto terapéutico y las estrategias del especialista (2.1.2.2), incrementan la decisión de toma también: *‘A mí tampoco me gustan las pastillas, pero el médico me dice que son buenas para mí porque con ellas me encuentro mejor; sino, ahora estaría hundido o algo parecido’.*

2.2 / 2.3 Razones para no cumplimentar / cese del tratamiento

Los motivos para no seguir las instrucciones médicas y dejar el tratamiento, incluyen los efectos secundarios (2.2.3 y 2.3.2): *‘Siempre he rechazado la medicación porque me causa efectos secundarios extrapiramidales’, ‘Tomé Clopixol y tuve una ansiedad que no podía controlar. No sé qué me causaba tanta angustia; toqué fondo y pensé “no puedo más”. No había hecho nada malo para sufrir tanto...entonces, decidí*

dejarlo y lo dejé’, ‘Nunca había probado el tratamiento y, cuando tomé una pastilla me puse muy malo [...] Nunca volví a ese psiquiatra y no retomé el Risperdal nunca más’.

La incómoda posología (2.2.4) también dificulta a los pacientes: *‘Yo pienso que no quiero el tratamiento porque me prescriben: una pastilla para esto, otra para aquello, una más para lo otro...y acabas tomando 5 pildoras al día!’.*

Algunas posturas (2.2.5) revelan que el pobre insight subyace a la decisión de no cumplimentar *‘No te tomas las pastillas porque crees que no estás enfermo’*, si bien resulta difícil diferenciar cuándo la minimización de la gravedad actúa como estrategia de afrontamiento: *‘Cuando me lo dejé, pensé que... tenía problemas en un período de la vida, después me di cuenta de que no era exactamente eso’, ‘He estado pensando en dejarlas, tomarme un respiro... me gustaría saber lo que ocurre, cómo reacciono’.*

La desmoralización también contribuye en este punto: *‘Lo pasé fatal esos tres días en los que no tomé la medicación. Pero es que tenía en la cabeza esa idea de estar muriéndome, quería morirme. No quería más pastillas, más médicos, nada’.*

2.4 Consecuencias del abandono del tratamiento

Este apartado se contempló en el guión general a propósito, para abordar sutilmente la voluntad de los pacientes para cumplimentar. Aunque en algunos casos los pacientes no contemplan repercusiones derivadas del abandono (2.4.4), la mayoría de los pacientes en nuestra muestra registran el empeoramiento como consecuencia (2.4.2): *‘Yo tomaba tres comprimidos de Risperdal al día, pero lo dejé y comencé a beber; tuve un brote que me duró dos años’, ‘Cuando dejas el tratamiento estás más agitado y tienes más peleas con tu familia’, ‘Nos volveríamos locos sin la medicación’, ‘Si lo tomo a dosis que no... demasiado bajas, entonces me encuentro más suspicaz, más...digamos con más miedo a la gente’, ‘Tendríamos un brote si dejáramos el*

tratamiento’, *‘Yo no dormiría ni por las noches*’, *‘Es una necesidad para mí. No podría continuar sin ella*’.

Nuestros informantes también refieren temor a posibles síntomas de abstinencia (2.4.3): *‘Me he acostumbrado al tratamiento y, cuando paso 24 horas sin tomar la dosis que me corresponde me pongo malo, porque llevo con él dos años y cuatro meses, y ahora lo necesito*’, *‘Si dejara de tomarlo, tendría que ser sustituido por otro tipo de tranquilizantes*’.

2.5 Tratamiento ideal

Muchos pacientes tienen una hipótesis de cómo sería, en su opinión, el tratamiento diseñado a su medida. Emiten propuestas utópicas en ocasiones (2.5.3), así como avances añadidos a las opciones ya existentes en otras, especialmente relacionados con el modo de administración: *‘El tratamiento debería ser como las anfetaminas: proporcionar optimismo, euforia... Que te hicieran sentir que la vida es placentera*’ (2.5.6.2), *‘La mejor medicación es ninguna*’ (2.5.9), *‘Que diseñaran una pastilla que nos curase a todos, de manera que sólo dependiéramos de un único comprimido al día, una dosis al día, que durara para siempre*’, *‘A mí me gustaría que, en un futuro, sólo tuviéramos que tomar una pastilla al día*’ (2.5.5).

2.6 Alianza terapéutica

Como se ha comentado con anterioridad, en esta categoría hemos incluido toda la temática que engloba la relación del paciente con su ámbito terapéutico, tanto con los profesionales de la salud (2.6.1) como con el contexto sanitario global (2.6.2).

El primero (2.6.1), resulta interesante porque ilustra algunos de los componentes subjetivos en la relación médico-paciente, y cómo los aquejados vivencian las estrategias empleadas por los sanitarios para mejorar la adherencia. Al respecto, reportan gran interés los beneficios derivados de una correcta alianza terapéutica, especialmente cuando de ella se desprende el sentimiento de control de la situación: *‘Hablé con el coordinador del centro, que es quien me trata. Le dije... le pregunté...porque yo estaba recibiendo Cisordinol intramuscular cada dos semanas y Akineton... le pedí si había algo que no me hiciera temblar tanto, que no me hiciera vomitar pero que me mantuviera sereno y tranquilo, pero no chafado en un estado vegetativo; tampoco demasiado activo y esas cosas. Entonces, yo ya había probado el Risperdal y me prescribió Zyprexa. Además, le pregunté si podía tomarme Valiums por mi cuenta’.*

Es llamativo el detrimento que los efectos adversos pueden ocasionar sobre la relación médico-paciente: *‘Yo nunca lo había probado antes, y cuando lo tomé me puse muy malo, entonces consulté con el farmacéutico, quien me dijo “es natural, el Risperdal es fuerte, difícil de tolerar; habla con tu psiquiatra y explícale que no te ha sentado bien”. No volví más a ese psiquiatra y nunca tomé Risperdal otra vez’, ‘La primera vez que lo tomé, empeoré y pensé: a qué maldita hora fuiste a ese psiquiatra a protestar!.. Si lo hubiera sabido antes, nunca habría ido a ese hombre’.*

En ocasiones, los pacientes pueden reconocer el esfuerzo llevado a cabo por los terapeutas: *‘Te pautan una medicación, la que el médico te prescribe, la que él piensa que es mejor para tí y, entonces, dependiendo de cómo vayan las cosas, la enfermedad, cambia a lo que es más adecuado. Él siempre intenta con lo que piensa que te va a ayudar’.*

El cambio de psiquiatra, también es una importante fuente de estrés para los pacientes: *‘Porque si tú, por ejemplo, digamos “mira, de este médico te vamos a cambiar a este otro”... entonces, es como comenzar de nuevo. Contarle todo, todas las cosas, todos los detalles. El actual ya sabe todo mejor que nadie y empezar de cero...sabes a lo que me refiero?’*.

La presencia de síntomas psicóticos dificulta la comunicación a menudo; la falta subjetiva de diálogo, a su vez, es también una fuente de frustración: *‘Al principio no estaba al tanto de esta enfermedad, pensaba “serán nervios”. Nadie me lo explicó’*.

Más allá, la sintomatología psicótica interfiere en la relación terapéutica: *‘En una ocasión, el psiquiatra me dijo que... que nunca había perdido el juicio. Él experimentó conmigo. Él me mantuvo entre la locura y en sentido común, pero dijo que nunca perdería la conciencia’*.

Ya dentro del punto 2.6.2, destacaremos aspectos del contexto terapéutico que resultan de vital importancia. Por ejemplo, a pesar de la supuesta estabilidad que reporta la estancia en un ámbito residencial, el resultado es en ocasiones más traumático que la experiencia de convivir con la familia o residir de forma autónoma: *‘En esta residencia, lo que ocurre es que hacen ruido, voces; eso es normal fuera de casa, pero vienes aquí y entonces necesitas un tratamiento’*; en realidad, este clima ambiental puede exacerbar los síntomas psicóticos por la impresión subjetiva de estar más controlado *‘No sé...ellos pueden instalar cámaras para...para monitorizar, y nos quejamos de eso’*.

Al respecto, las hospitalizaciones son también vivenciadas como experiencias indeseables: *‘Fue en el hospital donde todo empezó a desmoronarse’*. La ausencia de autonomía resulta muy agobiante: *‘Te obligan a dejar todo tu dinero en manos del personal...duele más que si te robaran en la calle’*.

Las fórmulas depot pueden también suponer una pérdida de control en la dinámica terapéutica, lo que resulta lógicamente preocupante para muchos: *‘Encima también me ponen dos Modecates cada...una vez al mes, pero yo siempre les digo que no me gustan nada esas inyecciones’*.

2.7 Actitudes generales, creencias y expectativas

2.7.1 Vida y sociedad

Los pacientes experimentan la enfermedad como estigmatizante junto a sus familias: *‘Lo que más me molesta, es que cuando tienes una discusión en casa, siempre hay alguien que te dice “lo que necesitas es más medicación, ve a ver a tu psiquiatra”’. Que ellos emitan frases así ante cada disputa, relacionando todo con el tratamiento, me disgusta mucho’, ‘Las enfermedades mentales tienen muy mala prensa’*.

El anhelo de un mejor funcionamiento está también presente en el discurso de los pacientes: *‘Tener un hobby, un trabajo, no sé... estar en una oficina [...], algo que me mantuviera ocupado y me satisficiera, verdad? Eso es lo que yo más echo en falta’*.

El deseo de una mayor comprensión social y el sentimiento de que uno es inferior a los demás, aparece en el discurso: *‘La opinión que tienen de tí, de lo que ha pasado, de que hayas abandonado tu carrera y a tus amigos. También el concepto que tu madre tiene de tí ...’, ‘El resto de personas, por lo menos para mí, son como un tipo de superman, pueden conducir, manejar un teléfono móvil, cuidar de sus familias, sus trabajos, de todo...pueden simultanear miles de cosas al mismo tiempo. Sin embargo, yo soy muy inferior a ellos, me veo y no sé si estoy equivocado o no ...’*. El aislamiento social consecuente, es expresado: *‘Entonces, ahora, prefiero no tener demasiados amigos y vivir de alguna forma aislado, para ver si me curo’*.

En nuestra muestra, el aislamiento y el sentimiento de ser ignorado por la sociedad y por las propias familias, ha sido más pronunciado en la población entrevistada en ámbito residencial.

2.7.2 / 2.7.3 Medicina y psiquiatría

Los sentimientos sobre los profesionales de salud mental, resultan del todo ambivalentes.

Por una parte, los pacientes los consideran como las únicas personas capaces de comprenderles: *'Esta es una enfermedad en la que, todo el mundo te ve correctamente vestido, con buen aspecto, y piensan que el problema te lo creas tú...y no es así. Sólo los pacientes y los médicos pueden comprenderlo'*. Este grupo de informantes, mantienen la esperanza en nuevos avances científicos: *'Cuento con la aparición de nuevas medicinas, nuevos métodos para curarnos [...]'*.

A su vez, muestran desdago con las limitaciones de la terapia y la inevitable subjetividad presente en el manejo: *'Yo creo que la experiencia de los psiquiatras y todo eso es muy poco clara'*, *'Los medicamentos psiquiátricos no son muy adecuados, deberían emplear más diálogo, no nos dan autonomía'*, *'Yo creo que la decisión de tomar un fármaco u otro, depende de lo que le dices al psiquiatra'*.

Repasando la trayectoria de enfermar, algunos pacientes expresan resentimiento por experiencias desagradables previas causadas por efectos secundarios del tratamiento: *'Experimenté un shock brutal con tres comprimidos de Sinogan 100 al día, lo detesto,...me anularon por completo; no confiaré en los psiquiatras nunca más'*.

Es remarcable que el conjunto de adversidades impuestas por la propia enfermedad, como el estigma, el aislamiento y los efectos adversos entre otros, se entremezclan en el proceso psicodinámico del individuo que, ocasionalmente, lleva a

argumentaciones de perjuicio sobre el cuidado recibido: *‘La psiquiatría, como la medicina en general, es un negocio...no lo sé. Mucha gente enferma porque hay un gran negocio detrás de todo eso, claro, cuando enfermamos necesitamos pastillas’, ‘El mundo puede ser manejado por la química, ellos pueden incluso crear clases sociales, pueden crear una raza dando a ciertas personas este tipo de drogas, gente en niveles más bajos no se escapan porque están completamente separados, no pueden hacer nada...se toman la pildora y no tienen escapatoria’.*

2.7.4 Enfermedad

La enfermedad acaba siendo el tema central en la vida de los pacientes. Contamos con numerosos comentarios al respecto, sobre cómo la vivencian, cómo les afecta, sus estrategias de afrontamiento y su actitud. Es destacable cómo algunos son capaces de identificar períodos biográficos que conllevan la rememoración de los pródromos de la psicosis: *‘Por ejemplo, pertenecer a una secta [...], cosas como esa, un corte en la vida’, ‘El servicio militar...’, ‘Una discontinuación que acontece en la vida de una persona: romper con los amigos, dejar una carrera, terminar una relación sentimental...’.*

Tras examinar diferentes matices sobre los mismos temas, parece evidente cómo aquellos pacientes que se encuentran en una mejor situación clínica (ambulatoria y, especialmente, aquellos que asisten a centros de día), son más capaces de separar efectos secundarios de síntomas: *‘[...] porque tendemos a atribuir todo a los medicamentos, pero está también la falta de energía’, ‘Yo siempre he sido perezoso, pero lo achacaba al Sinogan. Pero ahora pienso que no es el Sinogan. Soy yo y he de continuar y levantarme a mi hora, y ser más cuidadoso...que no lo he sido mucho’.*

Los que se encuentran institucionalizados, no son capaces de discriminar: *'Además, una característica de la esquizofrenia es la falta de iniciativa, que no sé yo si es debida a la enfermedad o al tratamiento', 'Lo que la mayoría de medicinas me producen, es como si mi vista girara hacia el techo y notara como si alguien me mirara fijamente', 'Algunos días no podría levantarme de la cama [...] y yo pienso que es debido a la medicación'.*

Como ya se ha esbozado con anterioridad, es importante para los pacientes retener el sentido de cierto control, lo que reporta consecuencias positivas en la alianza terapéutica: *'Creo que nosotros seguimos las indicaciones de los psiquiatras pero que, a su vez, también podríamos opinar... si algo no va bien: "escuche, esto no funciona, cámbiemelo por esto otro, porque me va mejor por este motivo", aunque deberíamos obedecer a los médicos'.* Ello enlaza directamente con el hecho de que muchos pacientes contemplan el tratamiento como una forma de control de la enfermedad: *'Hubo un momento en el que pensé que si no tomaba la medicación, el próximo día sería otra persona, no podría controlar mis actos y posiblemente acabaría dañando a alguien, quizás a mi propia hermana'.* Incluso, para algunos reporta capacidad para sobrellevar la rutina: *'Tengo un hijo y he de dejarle en el autobús y recogerle etc. Por eso, para llevar una vida normal en cierto grado, hemos de tomar el tratamiento, porque sino nos ponemos fatal', 'Tengo que hacerlo, porque no hay nadie más que pueda. Tengo dos hijos y mi esposa está discapacitada y no puede ayudar demasiado, por tanto tengo que cargar con casi todo. Animo a los demás a que lo intenten, ellos pueden. Lo que se necesita es una buena razón, digamos "si no preparo la cena, los niños no comerán". Lo tengo que hacer y, entonces, lo hago.'*

Como estrategias de afrontamiento, nuestros pacientes exponen con frecuencia la evitación de hábitos tóxicos, las rutinas, el orden y el ejercicio físico: *'Hace falta*

mucho coraje, ¿verdad? Lo que yo podría recomendar es que, si uno está cómodo con el tratamiento, que no lo deje...que procure no tomar cafeína, café descafeinado a lo sumo. Uno se nota un poco extraño al principio, pero pronto se familiariza... ah!...y el alcohol. Bien, cuando uno está solo y siente las voces, hay que ignorarlas. Y si no se logran ignorar, que se intente como yo lo hago, por ejemplo, a las seis de la mañana, sin haber pegado ojo, te pones unos pantalones, una camiseta y a correr cuatro kilómetros’.

Muchos pacientes no pueden adherirse a estas pautas: *‘Lo que pasa, es que me tomo uno o dos cafés por las mañanas y...me pongo nervioso otra vez. Me gustaría dejar de ir a los bares, pero tengo poca voluntad para esforzarme. Quizás me ocurra porque estoy un poco chiflado...no me percató de las cosas...el caso es que he ahorrado algo de dinero y he de cuidar mi salud’.*

La añoranza de una actitud global más constructiva, resulta muy significativa: *‘Si yo pudiera evitar los efectos psicomotores...sin abandonar el tratamiento..., no tener este temperamento que... no estuviera siempre lamentándome... no sé... no estuviera siempre pensando en negativo... sería mejor. Pero no puedo por mí mismo, porque ni siendo adulto tengo capacidad’, ‘la cuestión es que no hago nada para recuperarme’.*

2.7.5 Medicación

Las actitudes positivas hacia el tratamiento (2.7.5.1), predominan sobre las negativas en nuestra muestra.

La visión de la medicación como facilitadora del control de los síntomas, es frecuente: *‘Yo pienso que dependemos de la medicación, porque con esta enfermedad que tenemos, es esencial, y si la dejamos, notaremos los síntomas de inmediato, la alteración nerviosa, la ansiedad y todo eso; al menos, es lo que me ocurre a mí, que*

percibo rápidamente que es indispensable’, ‘Yo sé que, en cuanto dejo el tratamiento, una recaída se avecina al final del día...y como no quiero pasar por la misma experiencia, he decidido tomar la medicación correctamente’.

El sentimiento de mejora en el grado de funcionamiento, también supone una fuente de aceptación del tratamiento: *‘Yo pienso que, gracias a las medicinas que tomo, puedo trabajar’, ‘Con esta medicación que estoy tomando, puedo trabajar de administrativa. Entonces, puedo sentirme agradecida porque puedo llegar a cosas que de otra forma serían imposibles’.*

También hemos registrado testimonios de eficacia que compensa los efectos adversos: *‘Aunque estoy engordando, tomo la medicación’, ‘Es el menor infierno. Tomar una pastilla de 5 mg al día no cuesta tanto. En lugar de fumar, que me dañaría más, tomo mi Eskazine y ahí queda la cosa’, ‘No me importa tanto no funcionar sexualmente, sobretodo cuando comparo cómo está mi cabeza ahora y cómo estaba antes; no tenía iniciativa para nada, ninguna ocupación; estaba mucho peor’.*

Los efectos secundarios extrapiramidales, afectan de forma importante a los pacientes (2.7.5.2): *‘Los efectos extrapiramidales son peores que la propia enfermedad en mi opinión. Cuando duran mucho, son mucho peores que como uno se siente sin tratamiento...’.*

La percepción de la imposibilidad para hacerse cargo de una actividad, resulta particularmente estresante. Los efectos complejos (2.7.5.3) no faltan entre los argumentos: *‘Nos quemamos, las medicinas nos exprimen’, ‘Lo que estoy notando, es que los fármacos me impiden hacer faena, es decir, tener un trabajo’, ‘Nadie quiere leer un libro aquí, no he visto a nadie con un libro en la mano; eso es debido a la medicación, por supuesto’, ‘Todas las medicinas que he tomado son anti-creativas. Son 100% destructivas; simplemente, no puedes crear nada’, ‘Ellos quieren que trabajes,*

quieren que funciones dándote un producto que sirve para abstenerte de hacer nada. No tiene ningún sentido’.

Los efectos a largo plazo, sobretodo si se intuyen como irreversibles, influyen en la reticencia hacia la cumplimentación: *‘Yo creo que, bueno, estas medicaciones te debilitan poco a poco’, ‘Yo noté que me alteraban el hígado y cosas por el estilo’.*

La medicación también aparece reflejada como una medida de represión: *‘Lo que consiguen estas pastillas, es aumentar tu paciencia para ser capaz de permanecer dos años y cuatro meses callado, sin protestar, no tienes ni la capacidad de protesta con ellas’, ‘[...] toda la medicación psiquiátrica va contra la libertad de las personas’.*

Como vemos, las actitudes son muy variadas y marcan enormemente la experiencia con el fármaco, al igual que lo hacían con la enfermedad en general en los ejemplos expuestos en el apartado anterior.

4.2.3 Impacto de la enfermedad y el tratamiento

Hemos incluido esta categoría principal, debido a la alta frecuencia de comentarios al respecto emitidos por los pacientes para explicarse. Está compuesta por dos subcategorías:

3.1 Narrativas autobiográficas

En esta subcategoría, algunos de los relatos conservan aspectos cronológicos o biográficos, mientras que otros desprenden matices más descriptivos y fenomenológicos sobre la experiencia subjetiva.

3.2 Metáforas

Este apartado es también relevante, considerando las recomendaciones generales de las guías de investigación cualitativa.

Hemos agrupado todos los contenidos metafóricos de las transcripciones, lejos de pretender una interpretación o clasificación de los mismos. Están disponibles a petición de los lectores.

4.3 Interpretación clínica de los datos: diferencias en la experiencia con los distintos antipsicóticos

Hemos observado que la actitud del paciente hacia la psiquiatría en general y el tratamiento en particular, marca de forma muy especial su discurso. Se pueden identificar algunos pacientes (“complacientes”) que aceptan y toleran mejor diversos tipos de tratamiento médico, mientras que otros (“rebeldes”) tienen una actitud negativa hacia la medicación y de forma extensiva hacia el sistema sanitario relacionado con la Salud Mental. Entre estas dos polaridades, existe un amplio grupo intermedio compuesto por quienes son capaces de recalcar de forma más definida las posibles diferencias entre fármacos.

Hemos apreciado que los pacientes psicóticos son buenos informantes de la experiencia subjetiva con el tratamiento. Los que se han beneficiado de una rehabilitación psicosocial, denotan mejor discriminación entre síntomas y efectos secundarios.

Aunque ya lo hemos mencionado a lo largo del apartado 4.2, por su interés merece la pena reiterar la frecuencia con la que a menudo los pacientes entrevistados destacan un efecto “antidepresivo” y “calmante” como terapéutico, calificativos que en más de un comentario han llevado implícito el beneficio antiangustiante / antipsicótico.

Las descripciones metafóricas, alusiones autobiográficas y los calificativos de la alianza y contexto terapéutico, han sido constantemente mencionados para ilustrar una experiencia difícilmente simplificable. Por ello, de nuevo insistimos en que hemos calificado como “simples” aquellos efectos que coinciden con los expuestos en las escalas de valoración de efectos secundarios, y “complejos” los que se encuentran cargados de este contenido experiencial difícilmente medible.

A pesar de que el presente trabajo tiene un enfoque esencialmente cualitativo, tras una atenta lectura de las transcripciones hemos apreciado que la cuantificación de comentarios *por grupos* puede suponer un gran avance interpretativo para nuestro objetivo. Así, una vez categorizado el contenido tal y como lo hemos expuesto en el apartado 4.2, hemos efectuado interrelaciones entre fármacos y efectos derivados de los mismos con la ayuda del soporte informático QRS N'Vivo; tras ello, hemos organizado las citas que han surgido en cada interrelación.

El resultado se resume en la tabla siguiente (14), en la que se “cuantifican” los efectos por número de comentarios según fármacos:

Tabla 14. Cuantificación de los efectos simples y complejos con los antipsicóticos típicos y atípicos.

	Típicos	Atípicos	Olanzapina	Risperidona
Efectos simples positivos	36/20	31/19	20/11	10/8
Efectos simples negativos	74/41	94/44	14/11	75/31
Efectos complejos positivos	34/24	79/45	39/21	33/22
Efectos complejos negativos	34/22	24/18	1/1	19/15

- Color amarillo: Efectos simples positivos
- Color rosa: Efectos simples negativos
- Color turquesa: Efectos complejos positivos
- Color verde: Efectos complejos negativos
- Numerador: Número de comentarios
- Denominador: Número de emisores

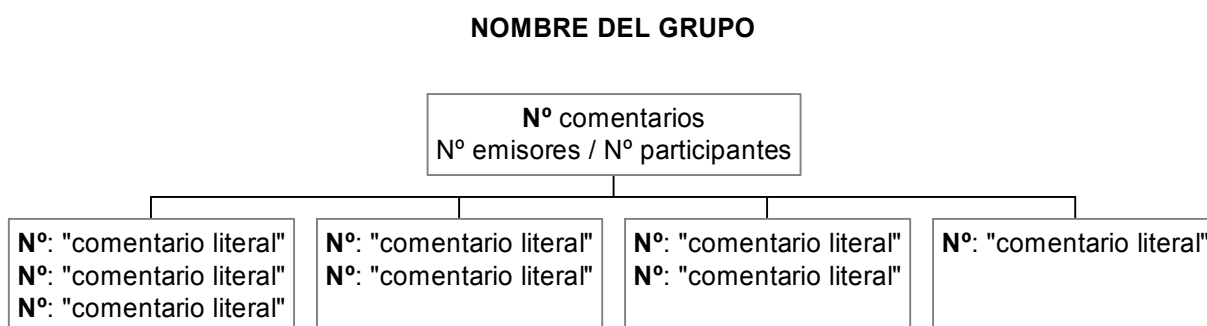
RESULTADOS

En el tomo de anexos, hemos compilado las citas literales tal y como son ordenadas por el programa informático QRS N´Vivo. Su lectura supone “la escucha” de los comentarios de nuestros pacientes acerca del tratamiento que toman. Las hemos separado por cuestiones prácticas, ya que la ocupación de espacio que suponen no facilita la labor de síntesis.

Por ello, hemos ideado una forma de exposición de la cuantificación de comentarios esquemática, esperemos comprensible, que ayude a una lectura rápida y sencilla sin escatimar en detalles relevantes.

En cada uno de los 16 apartados siguientes, hemos empleado la misma dinámica.

Sirva de ejemplo:



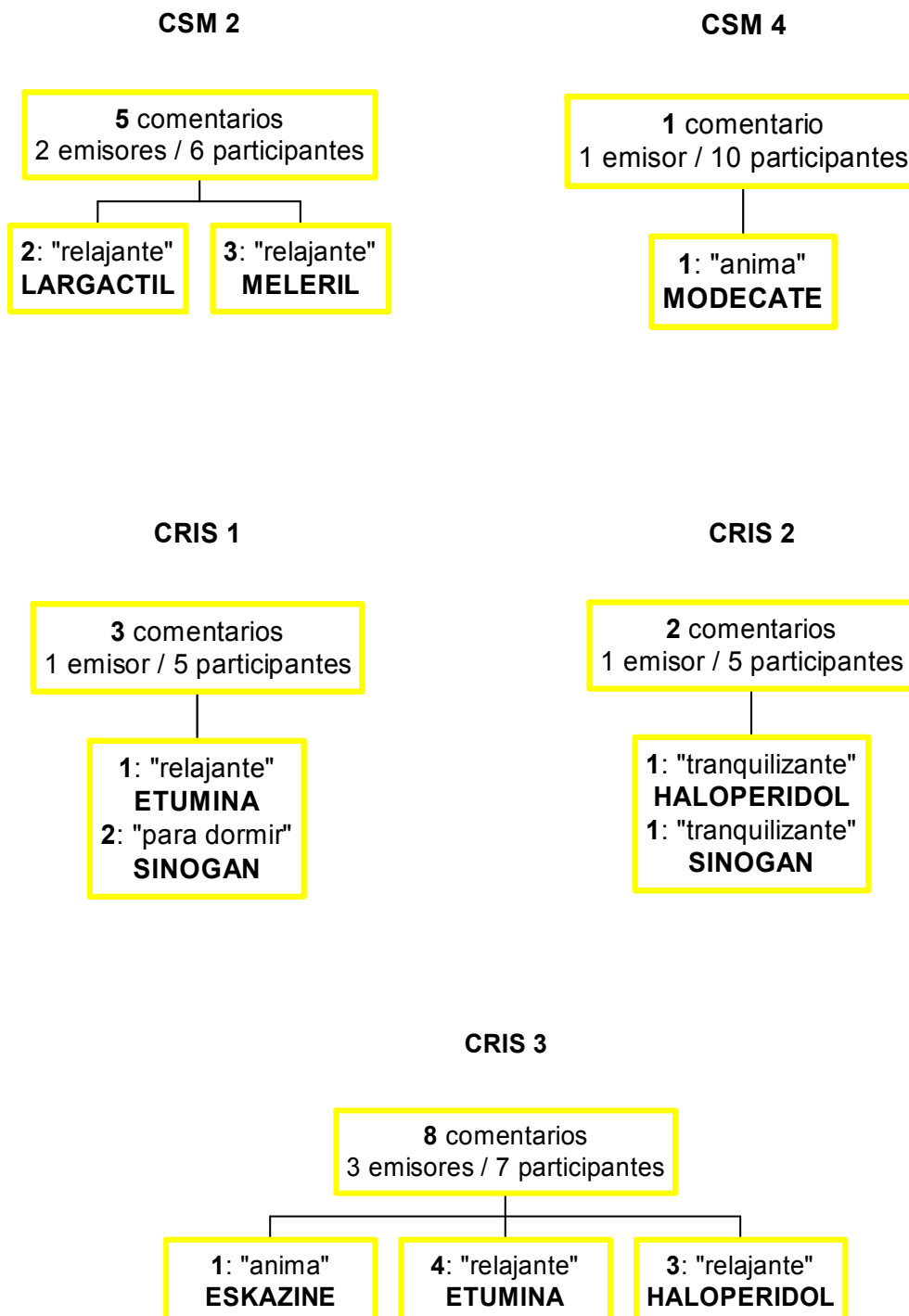
Así, resulta en principio más sencillo hacerse una idea del grado de participación en cada grupo sobre un tema concreto (no siempre intervienen todos los asistentes; los que lo hacen, han sido denominados “emisores”), tanto por el número de individuos que efectúan comentarios como por el número de veces que un determinado matiz es verbalizado por cada persona.

Hemos respetado el vocabulario empleado por nuestros pacientes en esta sección, aunque no está de más aclarar que en la cuantificación total por subcategorías se han unificado los sinónimos según las subdivisiones de la tabla 13.

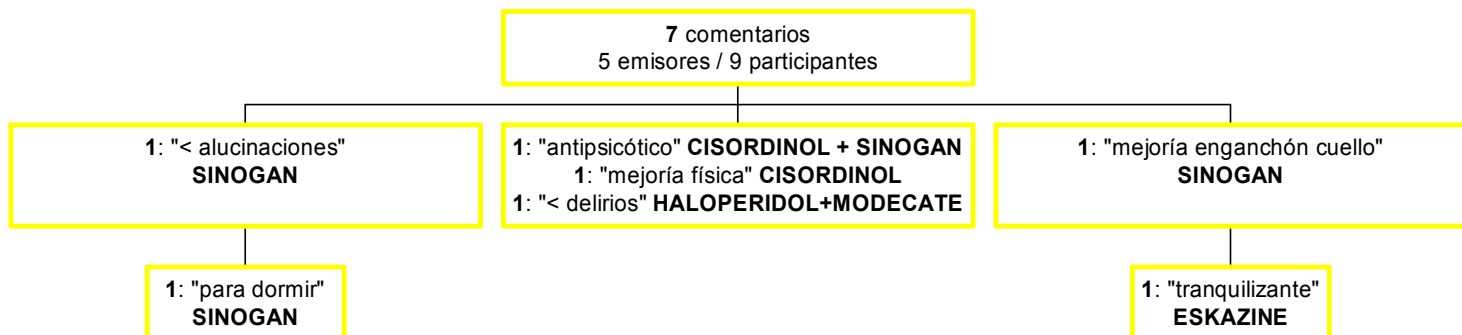
En el apartado de discusión, expondremos el debate que surge de la observación y análisis de los siguientes diagramas. El ajuste de lo que nuestros pacientes comentan con lo que observamos en la práctica clínica diaria, será un aval de validez.

4.3.1 Efectos simples positivos

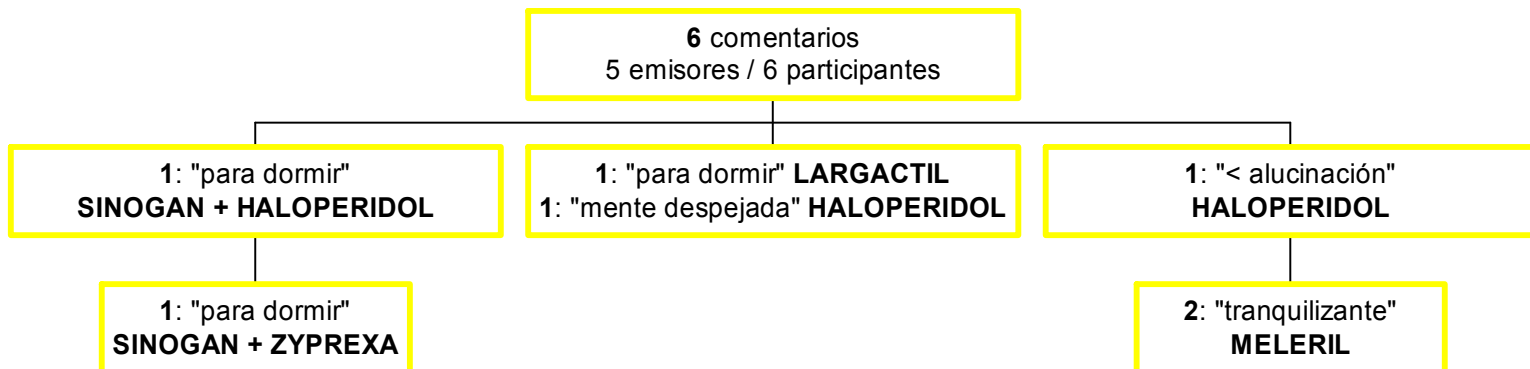
4.3.1.1 Efectos simples positivos con los antipsicóticos típicos



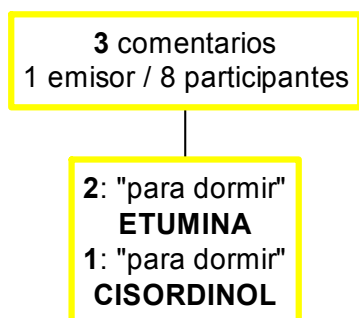
AFEM 1



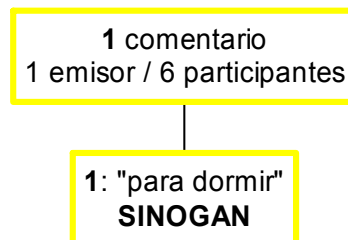
AFEM 2



RESIDENCIA 1



PISO TUTELADO



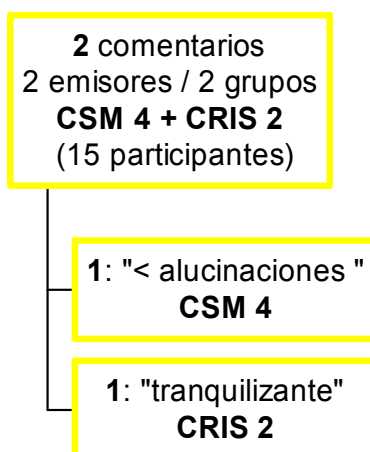
* Hemos respetado los **nombres comerciales** de los antipsicóticos clásicos, siendo que los participantes contaban con un listado de los mismos (no de principios activos).

4.3.1.2 Efectos simples positivos con los antipsicóticos atípicos

A continuación presentamos un escueto resumen de las alusiones sobre atípicos en general, incluyendo quetiapina.

No nos extenderemos con detalle, porque en los dos siguientes apartados (4.3.1.3 y 4.3.1.4) desglosaremos los comentarios sobre efectos simples negativos en relación a risperidona y olanzapina por separado.

QUETIAPINA

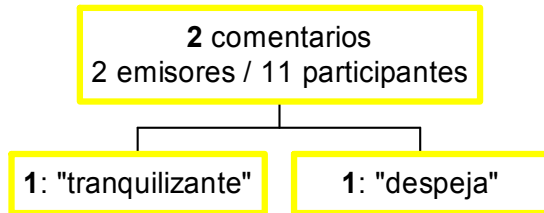


La interrelación de las categorías “efectos simples positivos” y “atípicos”, ha tenido como resultado un total de 31 comentarios.

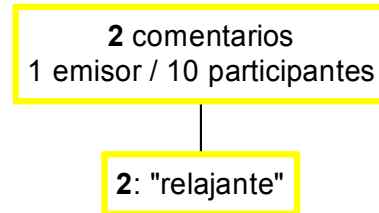
Junto a los 2 expuestos arriba, existen 29 que corresponden a los atípicos más empleados en el momento del trabajo de campo (olanzapina y risperidona) y que merecen los apartados que desglosamos a continuación.

4.3.1.3 Efectos simples positivos con la olanzapina

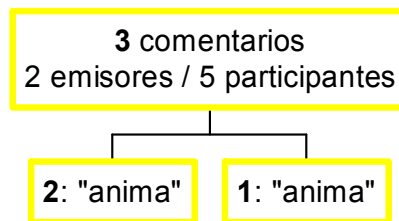
CSM 1



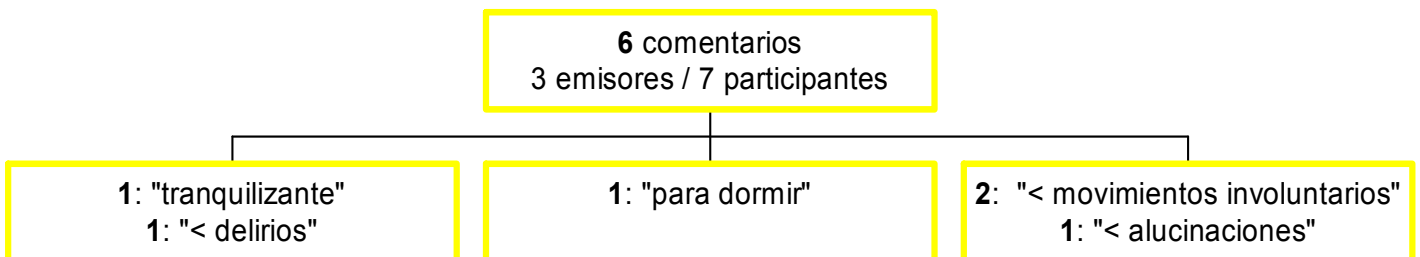
CSM 4



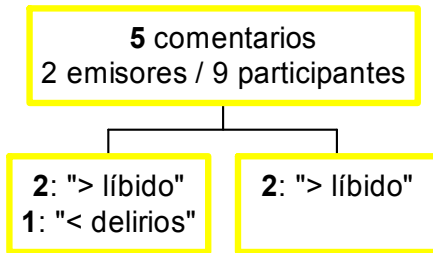
CRIS 1



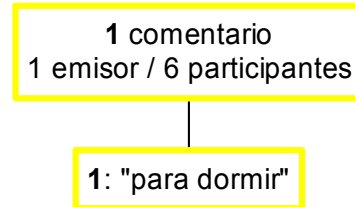
CRIS 3



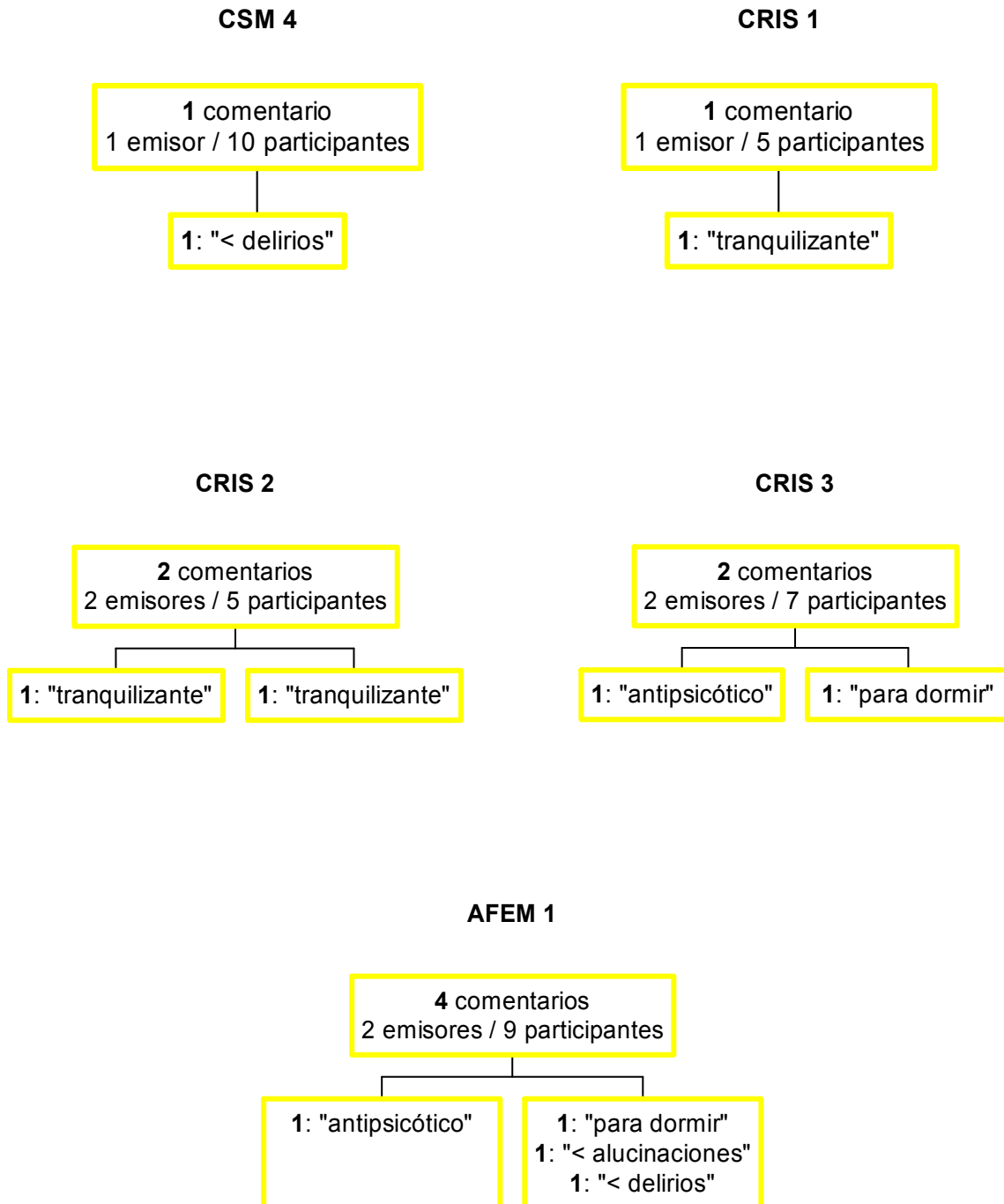
AFEM 1



AFEM 2



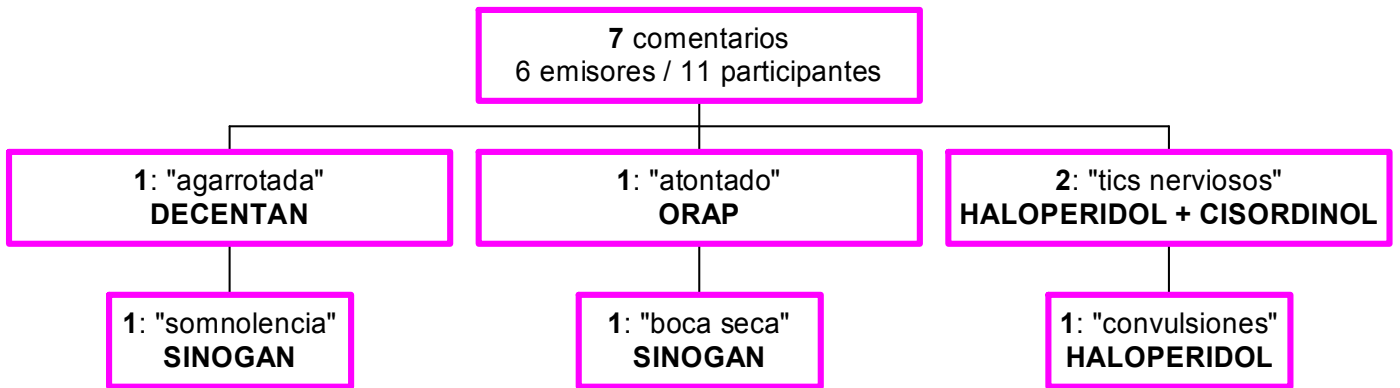
4.3.1.4 Efectos simples positivos con la risperidona



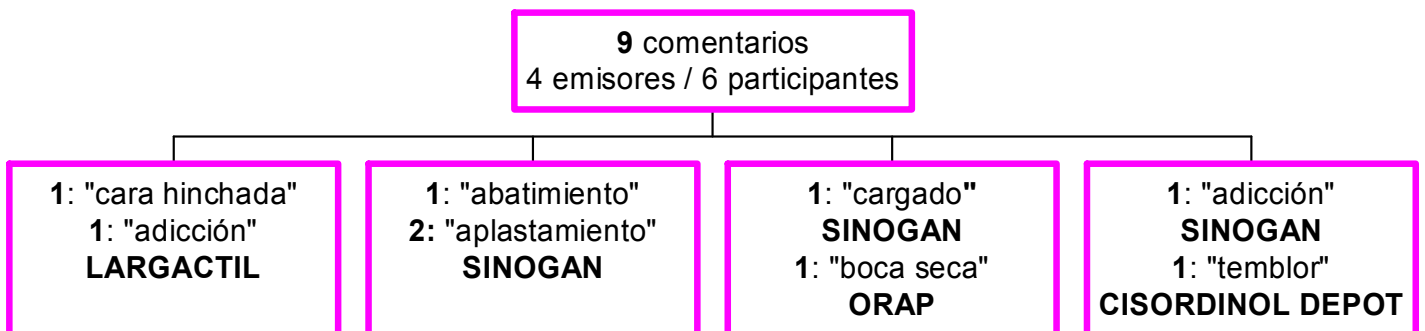
4.3.2 Efectos simples negativos

4.3.2.1 Efectos simples negativos con los antipsicóticos típicos

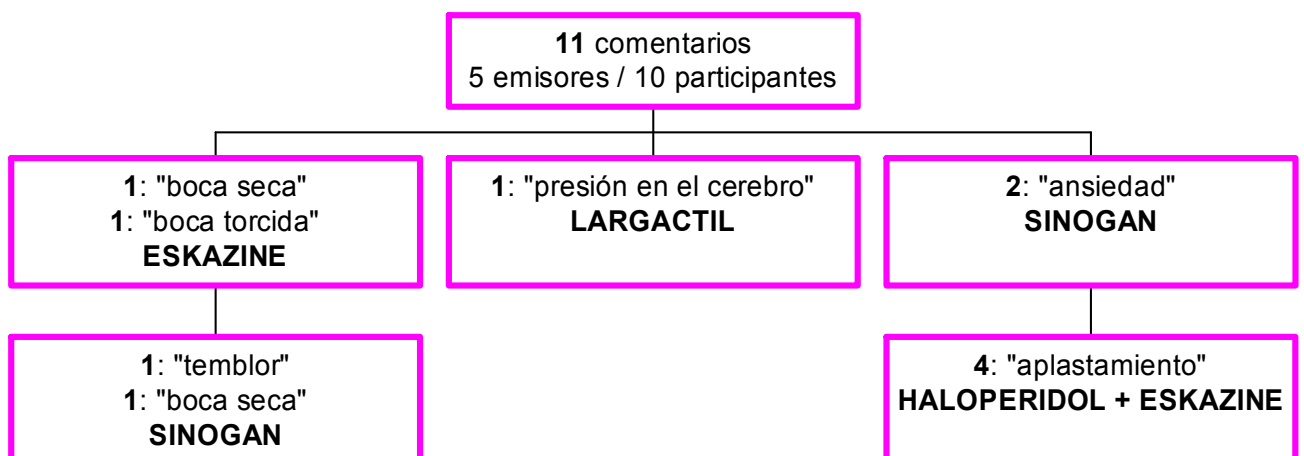
CSM 1



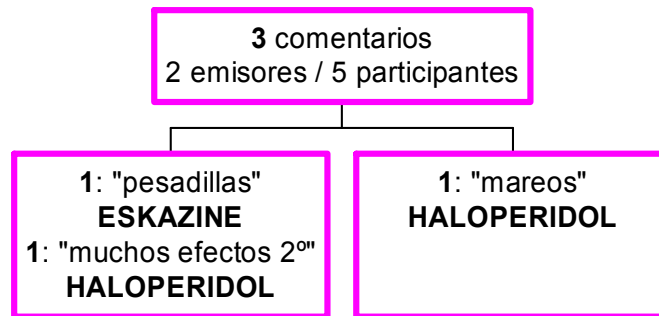
CSM 2



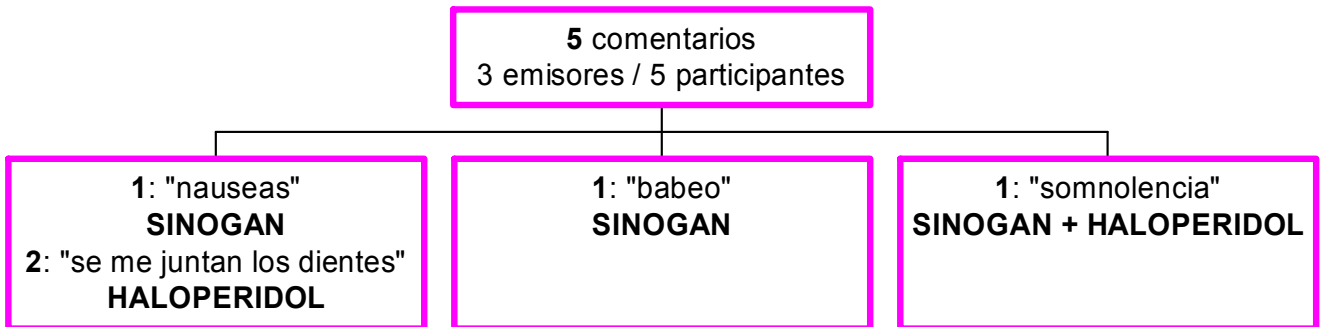
CSM 4



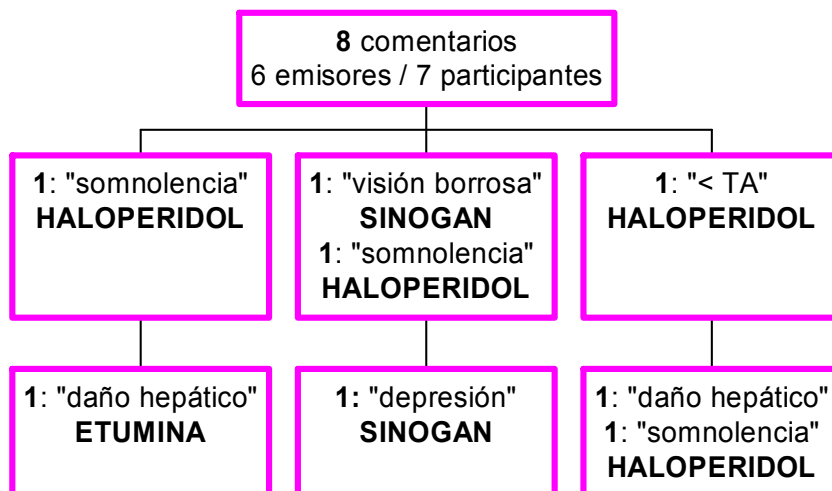
CRIS 1



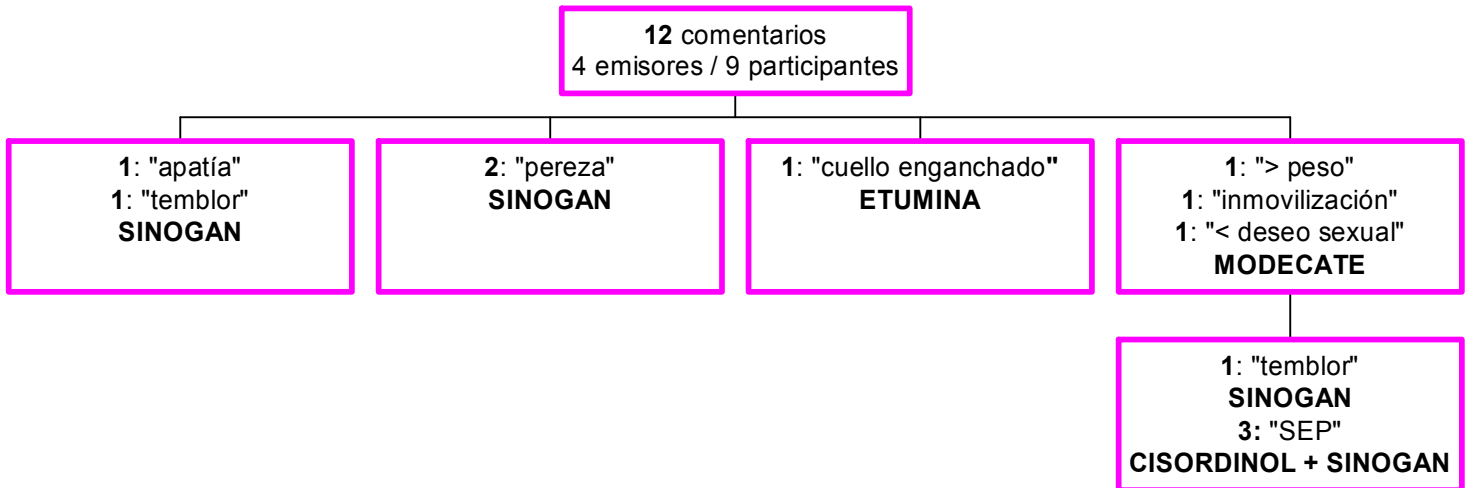
CRIS 2



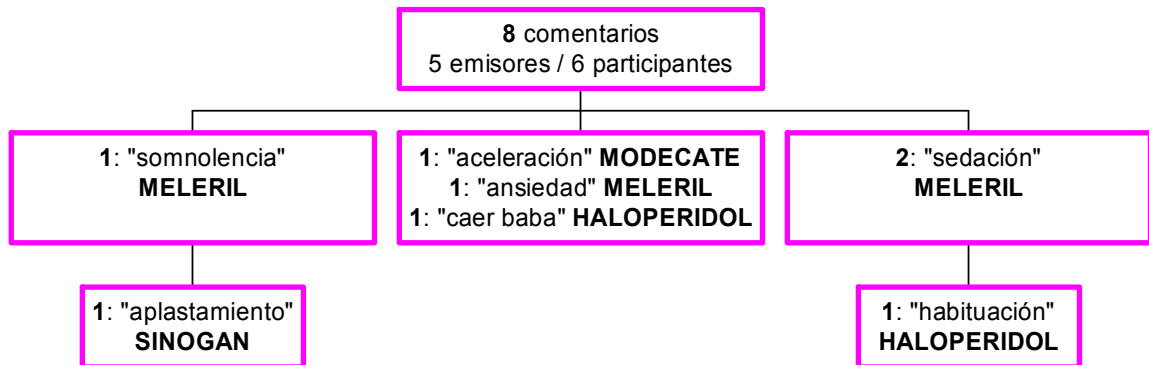
CRIS 3



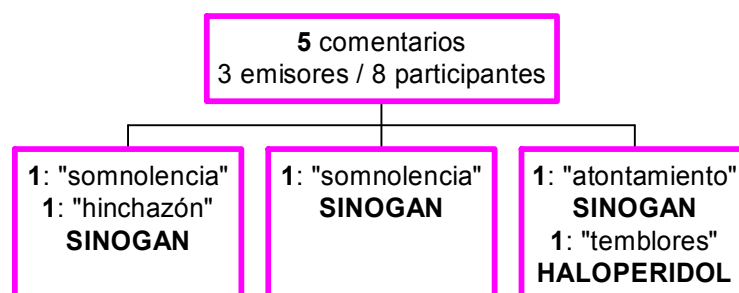
AFEM 1



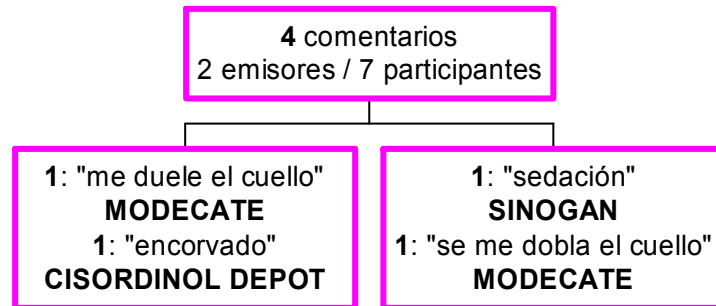
AFEM 2



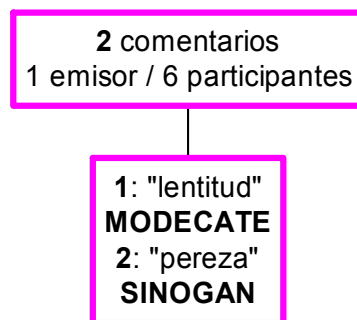
RESIDENCIA 1



RESIDENCIA 2



PISO TUTELADO

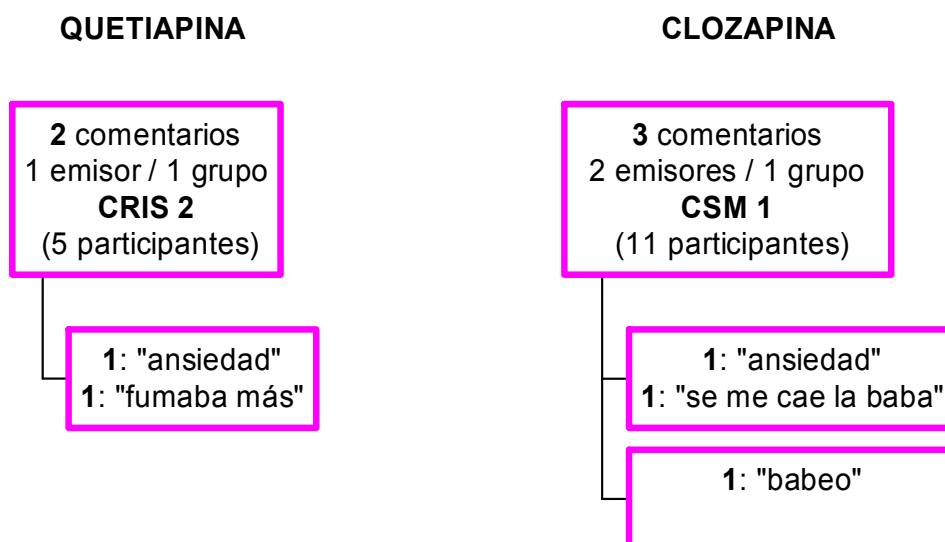


* Hemos respetado los **nombres comerciales** de los antipsicóticos clásicos, siendo que los participantes contaban con un listado de los mismos (no de principios activos).

4.3.2.2 Efectos simples negativos con los antipsicóticos atípicos

A continuación presentamos un escueto resumen de las alusiones sobre atípicos en general, incluyendo quetiapina y clozapina

No nos extenderemos con detalle, porque en los dos siguientes apartados (4.3.2.3 y 4.3.2.4) desglosaremos los comentarios sobre efectos simple negativos en relación a risperidona y olanzapina por separado.

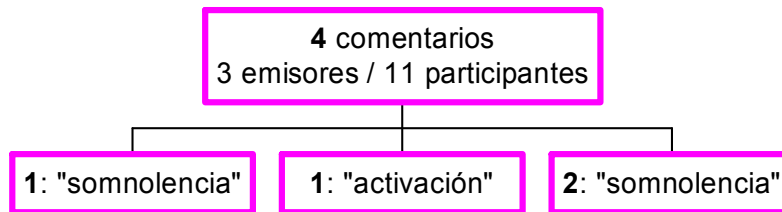


El cruce de las categorías “efectos simples negativos” y “atípicos”, ha tenido como resultado un total de 94 comentarios.

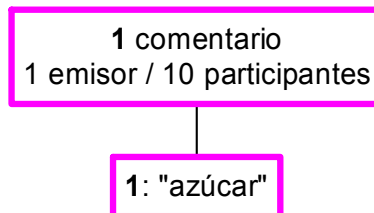
Junto a los 5 expuestos arriba, existen 89 que corresponden a los atípicos más empleados en el momento del trabajo de campo (olanzapina y risperidona) y que merecen los apartados que desglosamos a continuación.

4.3.2.3 Efectos simples negativos con la olanzapina

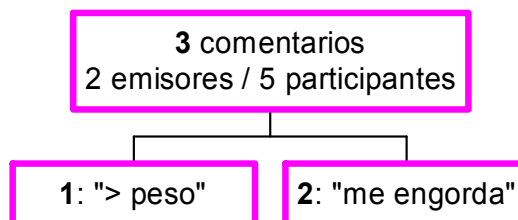
CSM 1



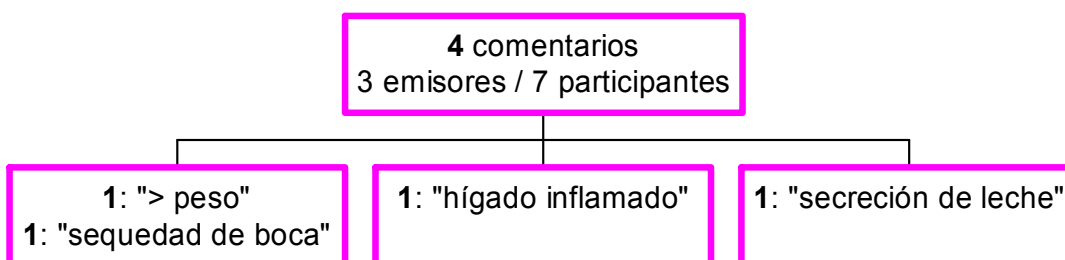
CSM 4



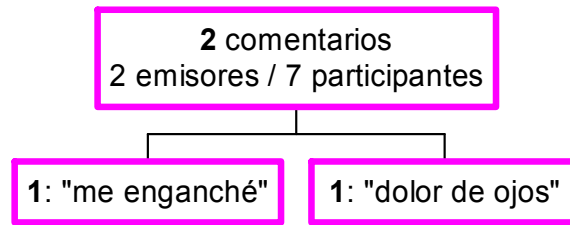
CRIS 1



CRIS 3

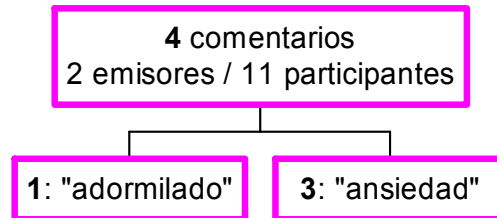


RESIDENCIA 2

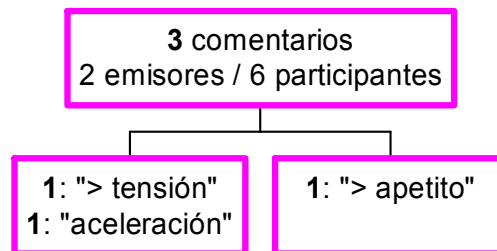


4.3.2.4 Efectos simples negativos con la risperidona

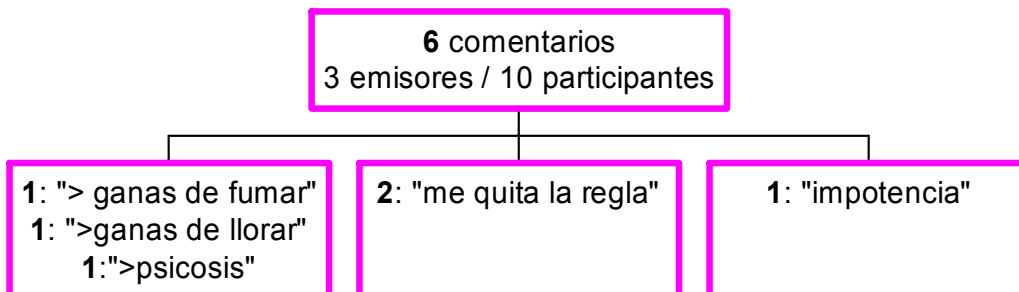
CSM 1



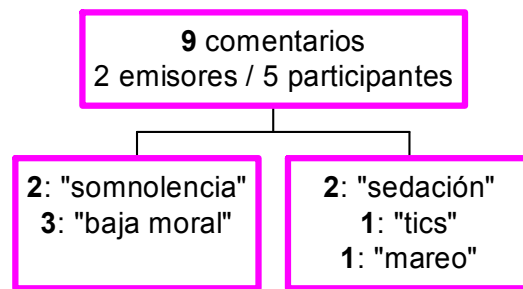
CSM 2



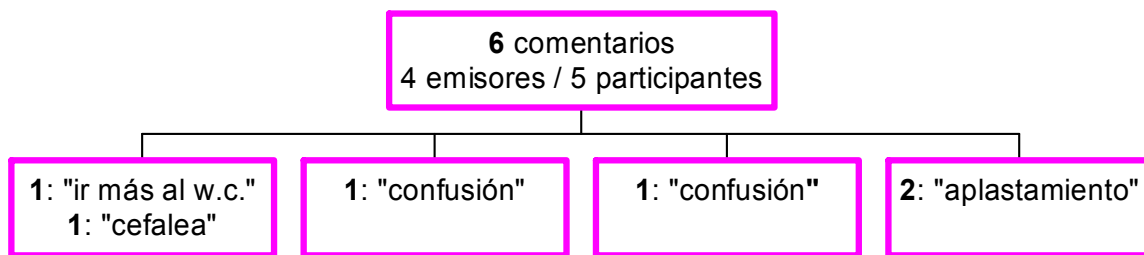
CSM 4



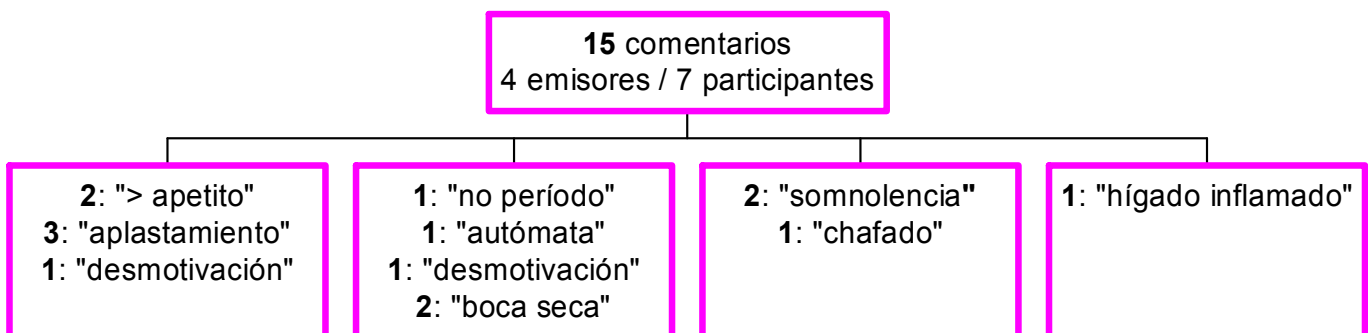
CRIS 1



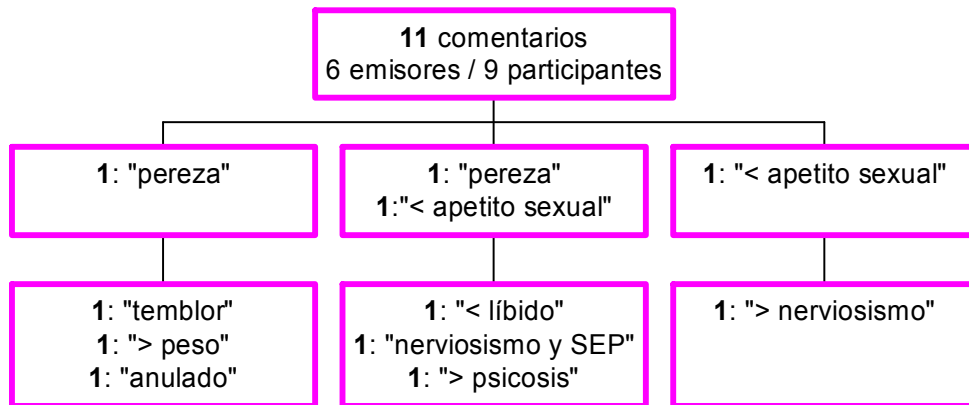
CRIS 2



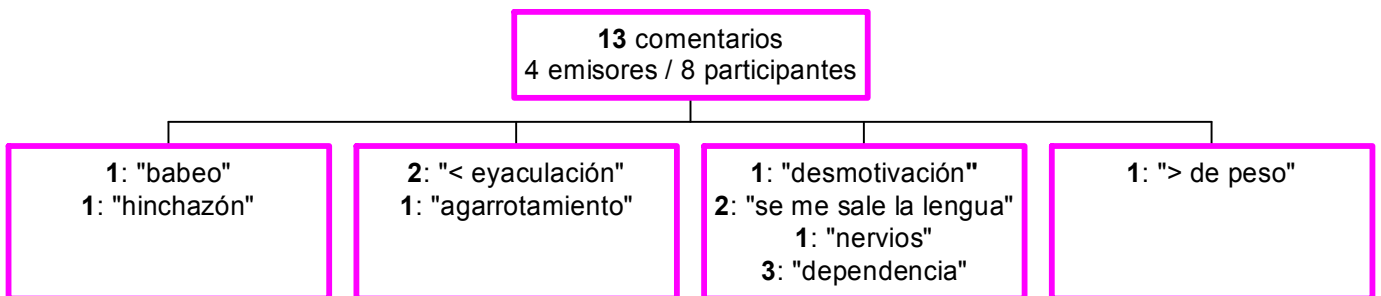
CRIS 3



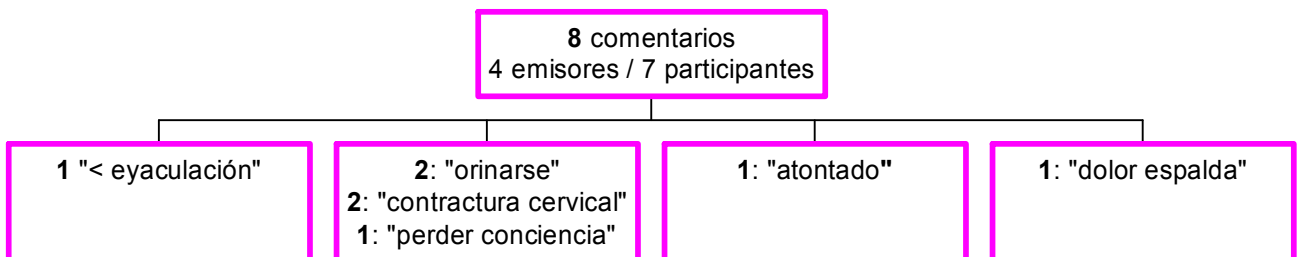
AFEM 1



RESIDENCIA 1



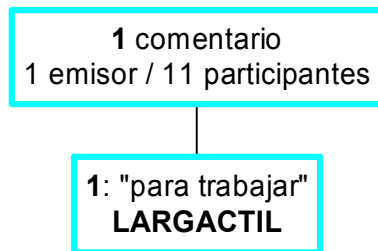
RESIDENCIA 2



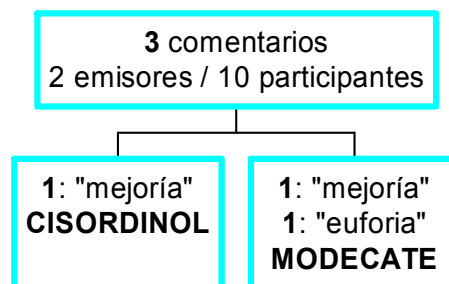
4.3.3 Efectos complejos positivos

4.3.3.1 Efectos complejos positivos con los antipsicóticos típicos

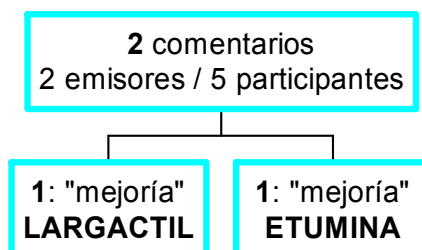
CSM 1



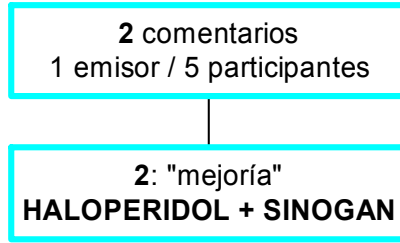
CSM 4



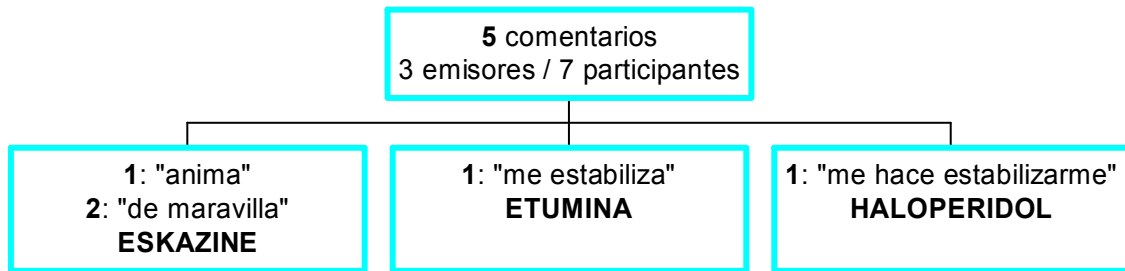
CRIS 1



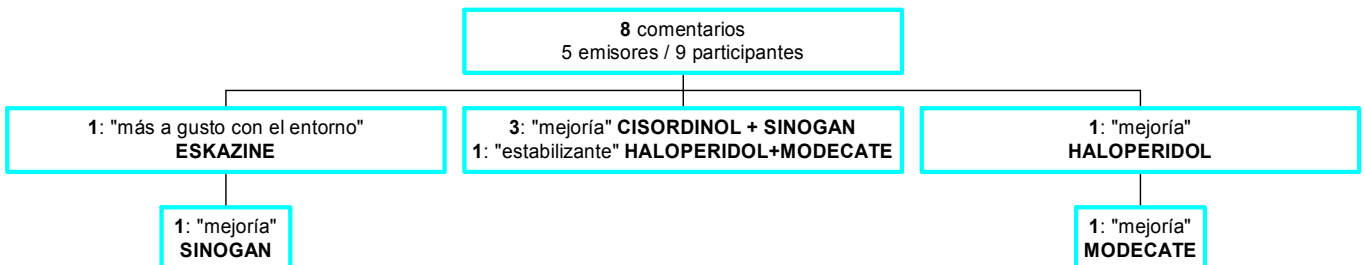
CRIS 2



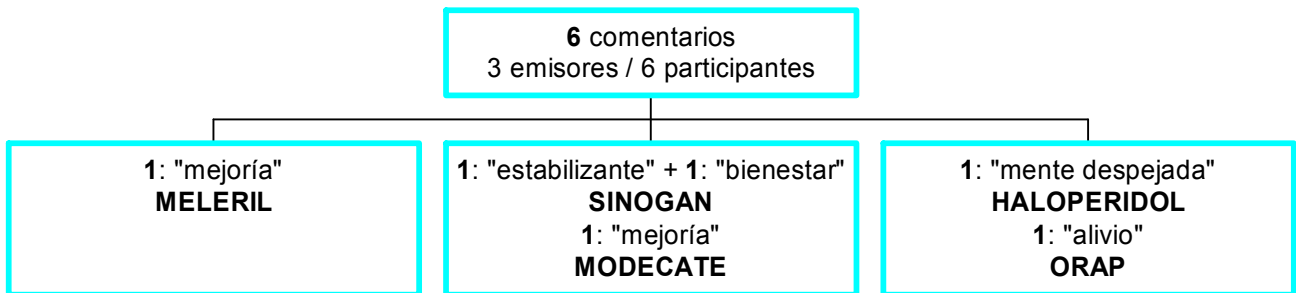
CRIS 3



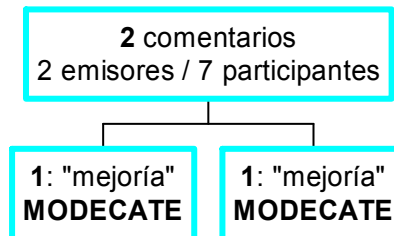
AFEM 1



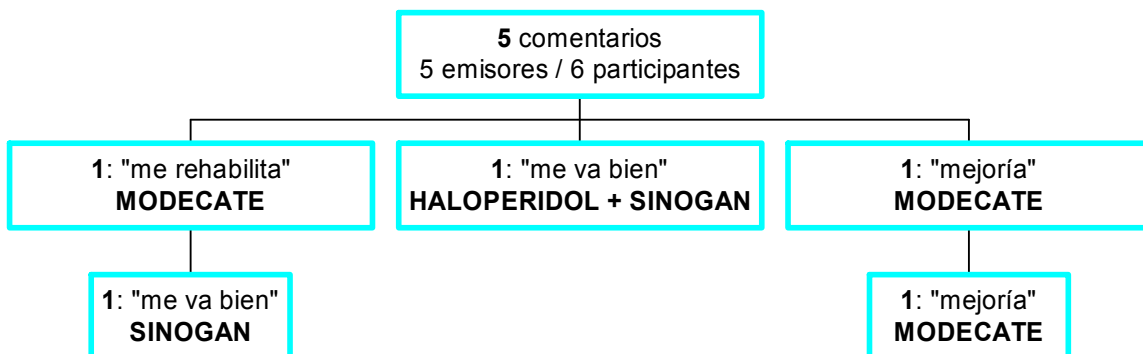
AFEM 2



RESIDENCIA 2



PISO TUTELADO



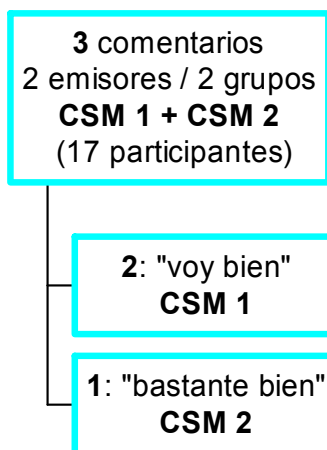
* Hemos respetado los **nombres comerciales** de los antipsicóticos clásicos, siendo que los participantes contaban con un listado de los mismos (no de principios activos).

4.3.3.2 Efectos complejos positivos con los antipsicóticos atípicos

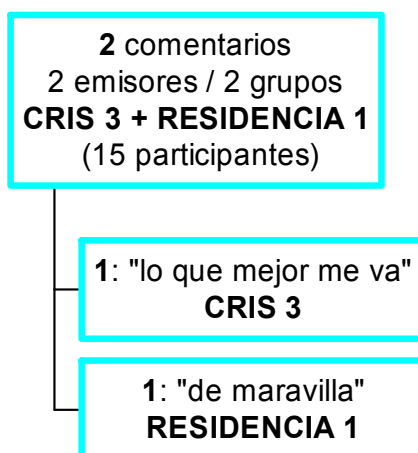
A continuación presentamos un escueto resumen de las alusiones sobre atípicos en general, incluyendo sertindol, quetiapina y clozapina

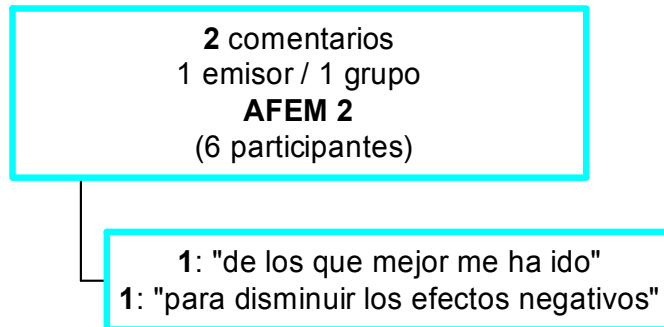
No nos extenderemos con detalle, porque en los dos siguientes apartados (4.3.3.3 y 4.3.3.4) desglosaremos los comentarios sobre efectos complejos positivos en relación a risperidona y olanzapina por separado.

CLOZAPINA



QUETIAPINA



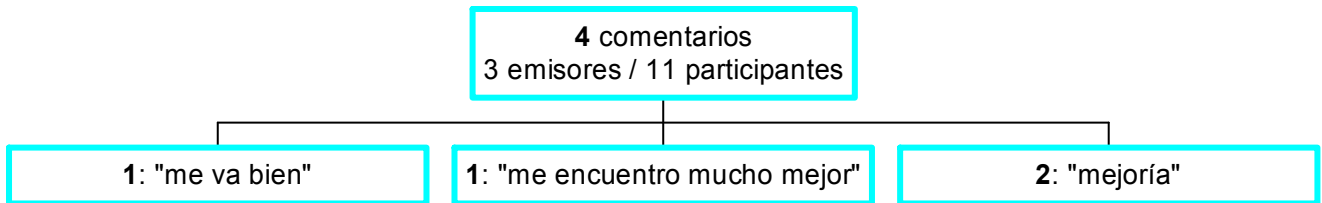
SERTINDOL

La interrelación de las categorías “efectos complejos positivos” y “atípicos”, ha tenido como resultado un total de 79 comentarios.

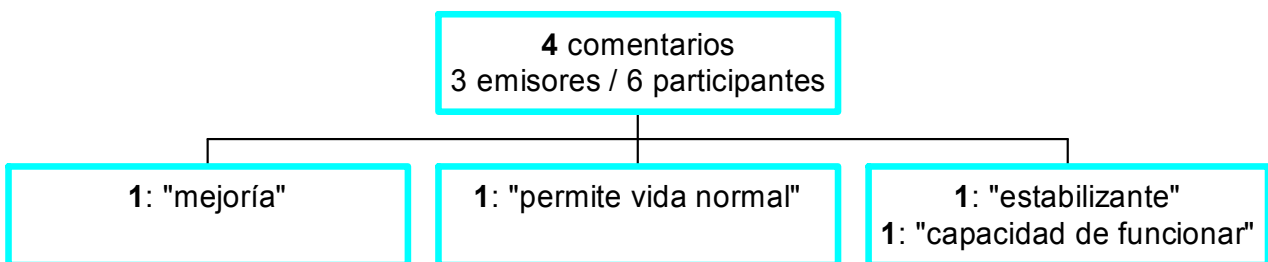
Junto a los 7 expuestos arriba, existen 72 que corresponden a los atípicos más empleados en el momento del trabajo de campo (olanzapina y risperidona) y que merecen los apartados que desglosamos a continuación.

4.3.3.3 Efectos complejos positivos con la olanzapina

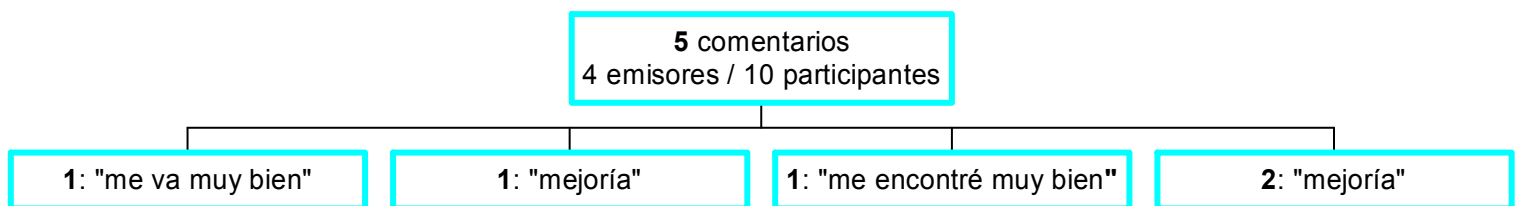
CSM 1



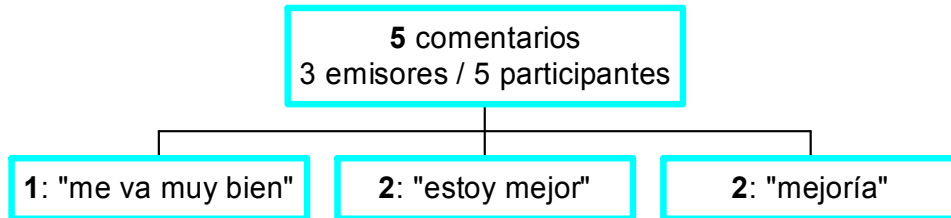
CSM 2



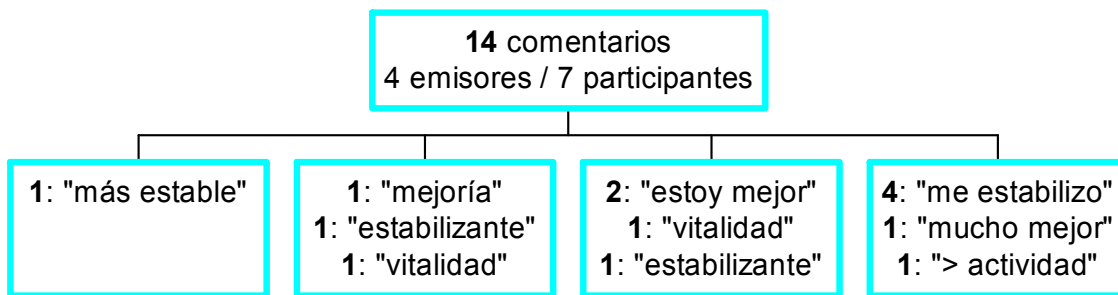
CSM 4



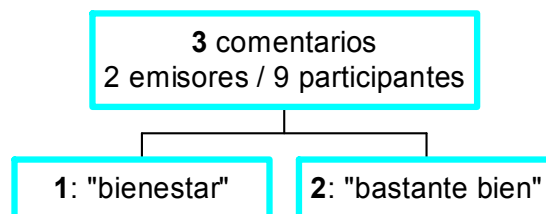
CRIS 1



CRIS 3



AFEM 1



AFEM 2

3 comentarios
1 emisor / 6 participantes

1: "estabilizante"
1: "funciono mejor"
1: "aglutina todos los efectos"

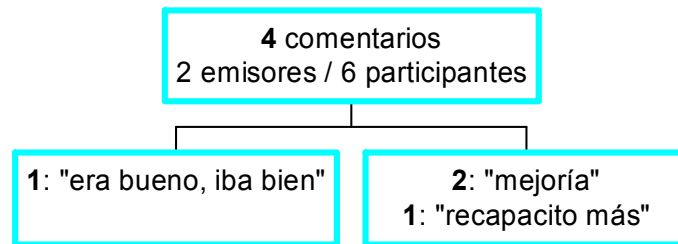
PISO TUTELADO

1 comentario
1 emisor / 6 participantes

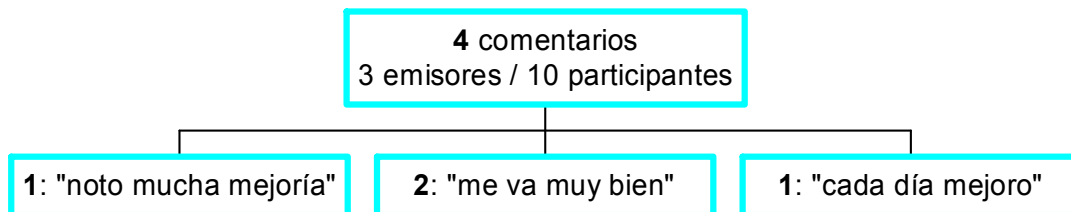
1: "me va bien"

4.3.3.4 Efectos complejos positivos con la risperidona

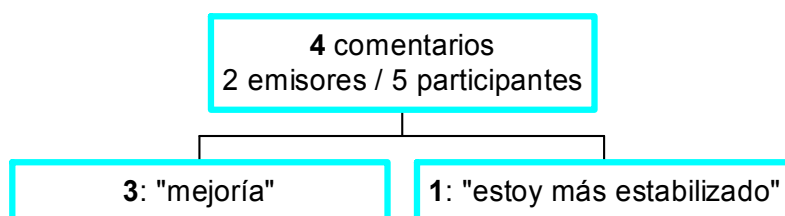
CSM 2



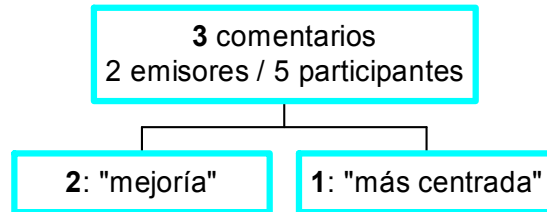
CSM 4



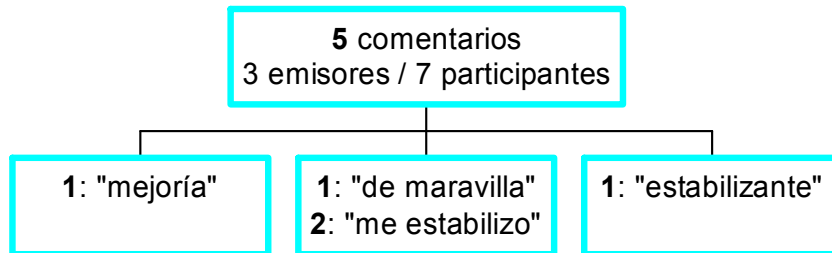
CRIS 1



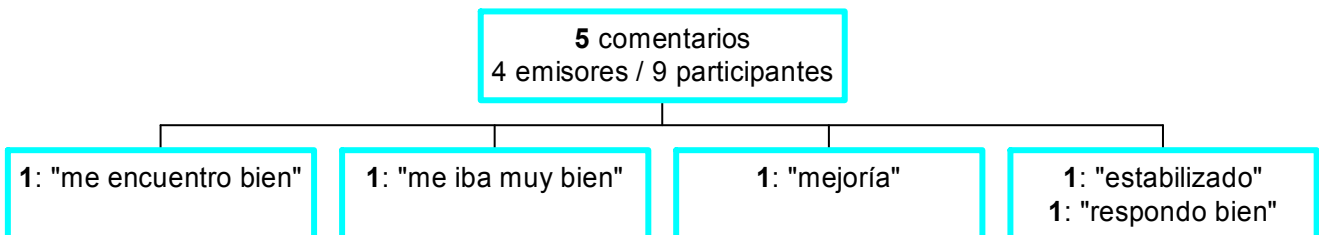
CRIS 2



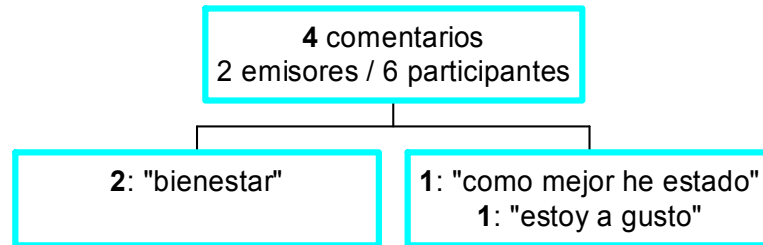
CRIS 3



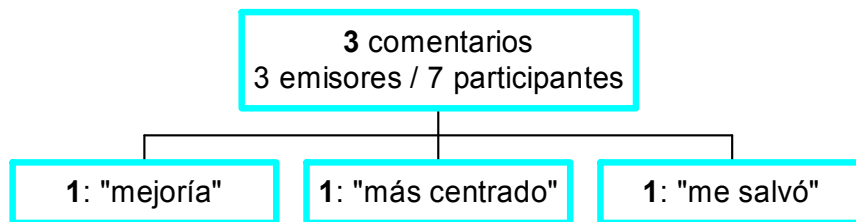
AFEM 1



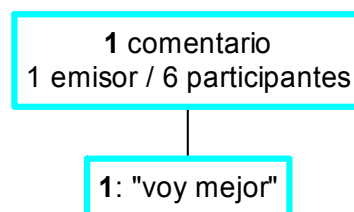
AFEM 2



RESIDENCIA 2



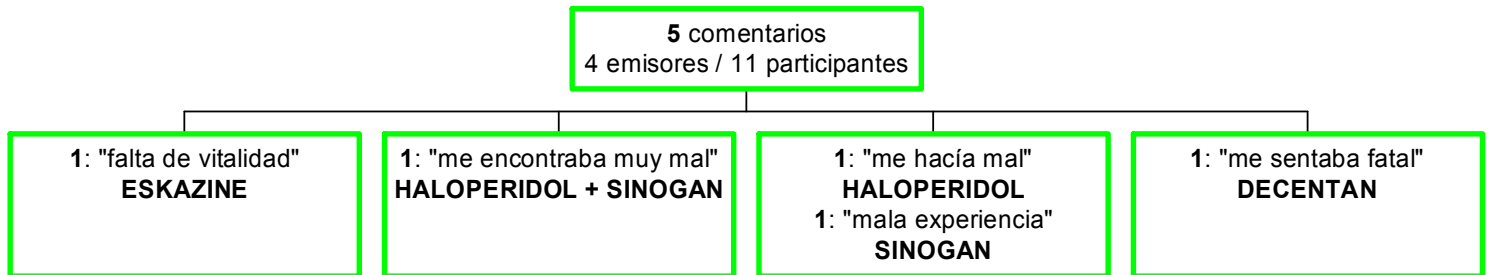
PISO TUTELADO



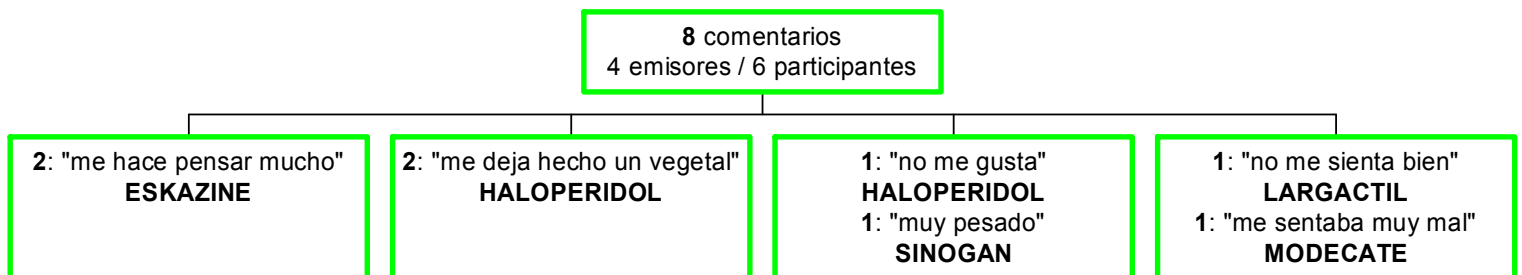
4.3.4 Efectos complejos negativos

4.3.4.1 Efectos complejos negativos con los antipsicóticos típicos

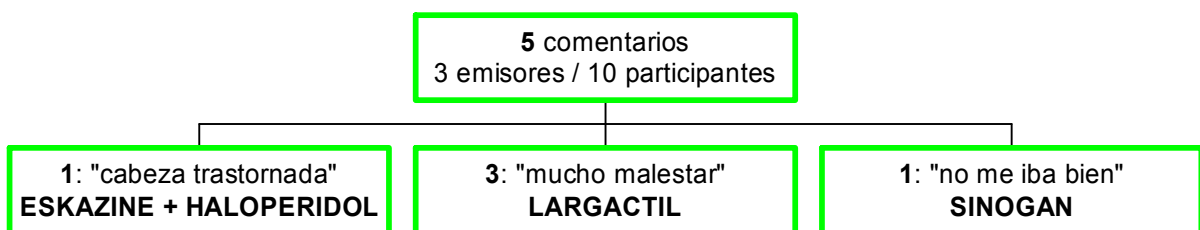
CSM 1



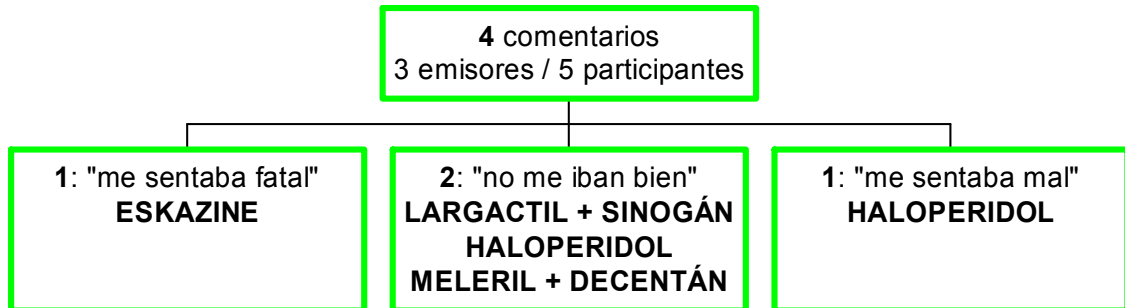
CSM 2



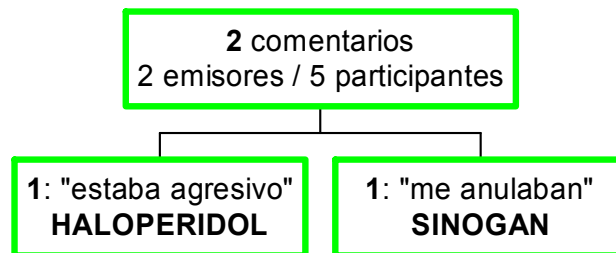
CSM 4



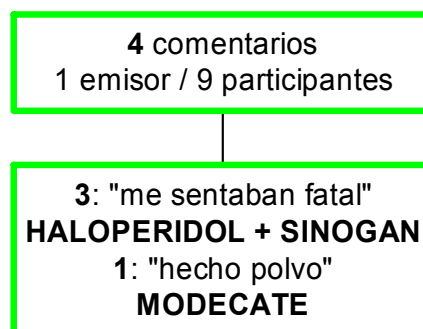
CRIS 1



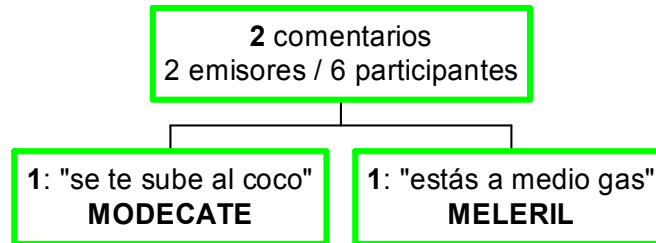
CRIS 2



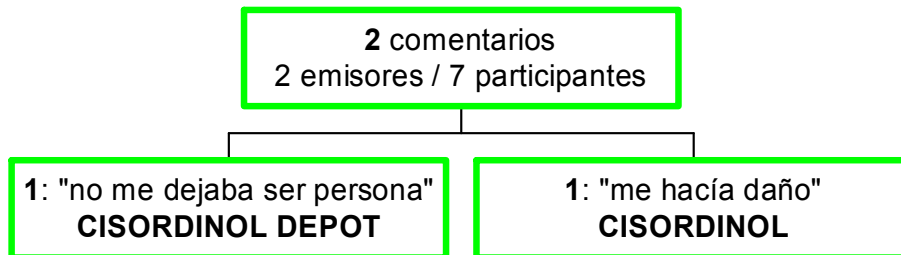
AFEM 1



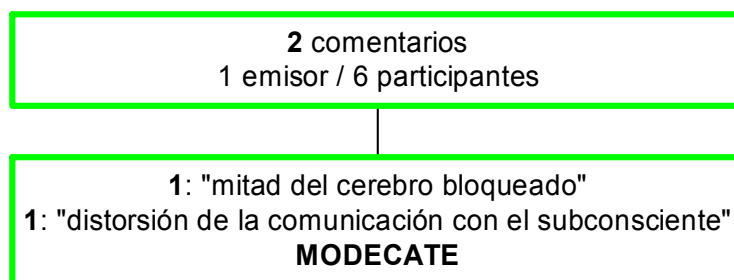
AFEM 2



RESIDENCIA 2



PISO TUTELADO



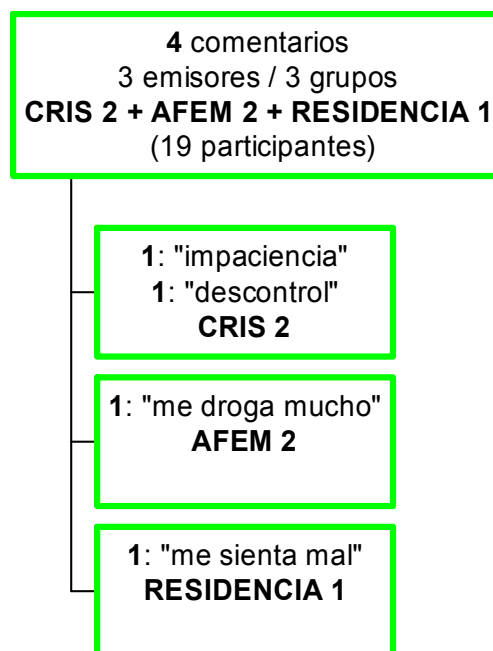
* Hemos respetado los **nombres comerciales** de los antipsicóticos clásicos, siendo que los participantes contaban con un listado de los mismos (no de principios activos).

4.3.4.2 Efectos complejos negativos con los antipsicóticos atípicos

A continuación presentamos un escueto resumen de las alusiones sobre atípicos en general, incluyendo quetiapina.

No nos extenderemos con detalle, porque en los dos siguientes apartados (4.3.4.3 y 4.3.4.4) desglosaremos los comentarios sobre efectos complejos negativos en relación a risperidona y olanzapina por separado.

QUETIAPINA

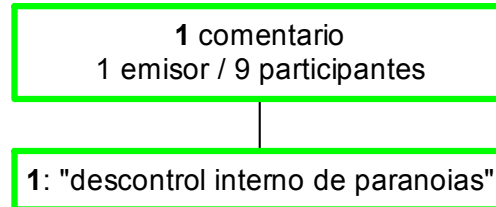


El cruce de las categorías “efectos complejos negativos” y “atípicos”, ha tenido como resultado un total de 24 comentarios.

Junto a los 4 expuestos arriba, existen 20 que corresponden a los atípicos más empleados en el momento del trabajo de campo (olanzapina y risperidona) y que merecen los apartados que desglosamos a continuación.

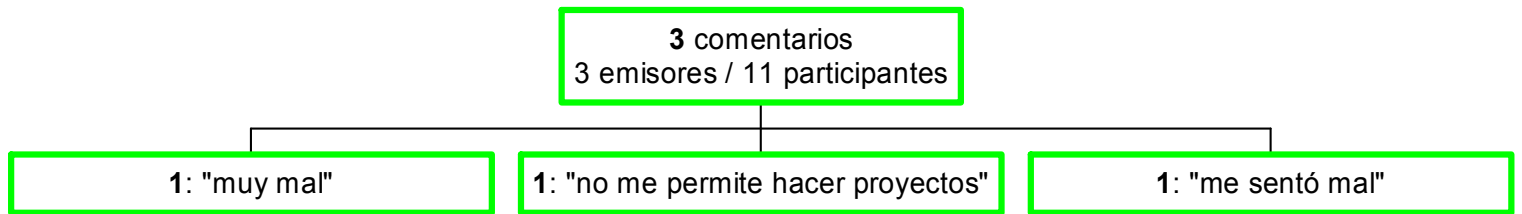
4.3.4.3 Efectos complejos negativos con la olanzapina

AFEM 1

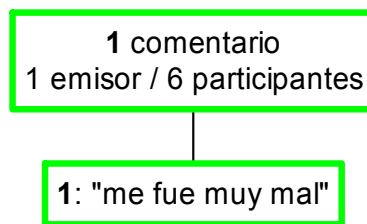


4.3.4.4 Efectos complejos negativos con la risperidona

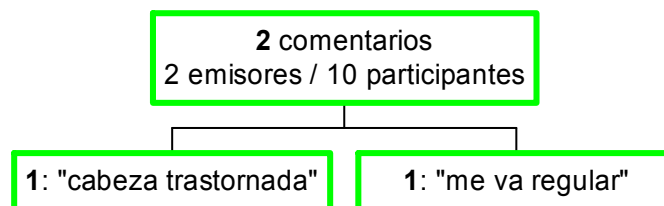
CSM 1



CSM 2



CSM 4



CRIS 1

2 comentarios
1 emisor / 5 participantes

1: "me sentaba fatal"
1: "no me iba bien"

CRIS 3

3 comentarios
1 emisor / 7 participantes

3: "no me iba bien"

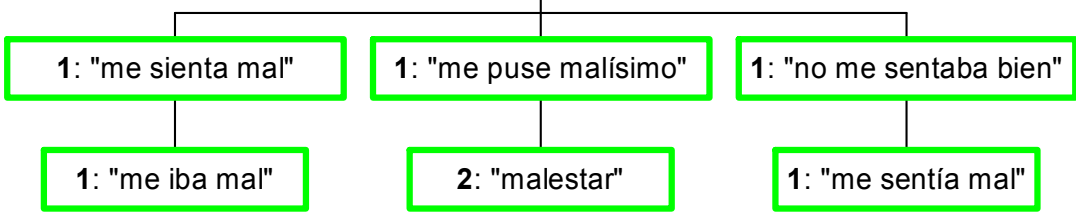
AFEM 1

1 comentario
1 emisor / 9 participantes

1: "fatal, una pesadilla"

RESIDENCIA 1

7 comentarios
6 emisores / 8 participantes



5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

5.1 Hallazgos relacionados con hipótesis / objetivo y con los datos de la introducción

El planteamiento de nuestra hipótesis de trabajo, suponía realizar un estudio de investigación clínica mediante grupos focales, con pacientes psicóticos crónicos en tratamiento ambulatorio, encaminado a responder a preguntas experienciales que la perspectiva cuantitativa no recoge en su totalidad, como ya apuntaban Taylor y Bogdan en 1992. Pensamos que dicha técnica, contribuiría a poner de manifiesto aspectos de interés de índole subjetiva, así como posibles diferencias entre los antipsicóticos clásicos y los atípicos.

Sin embargo, al igual que otros autores con amplios conocimientos y experiencia sobre el tema con esta metodología (Rogers et al. 1998, Angermeyer et al. 2001, Carrick et al. 2004), somos realistas en la complejidad del proceso por los numerosos y variados factores que influyen en el mismo. No olvidamos la compleja elaboración inherente al término “experiencia subjetiva”, en contraposición a la “disforia” que autores como De Haan y colaboradores en 2003 han considerado directamente dependiente del grado de ocupación de los receptores D2.

En términos generales, la experiencia subjetiva del paciente con la medicación es un dato cada vez más relevante desde el punto de vista tanto teórico como práctico.

Es indudable el esfuerzo científico que se está invirtiendo en el estudio de todas las facetas del tratamiento de la esquizofrenia, siendo frecuentes y controvertidos los hallazgos con métodos cuantitativos publicados al respecto (Geddes et al. 2000, Davis et al. 2003, Hofer et al. 2004, Sibitz et al. 2005, Naber 2006, Karow et al. 2006). El perfil de la mayoría de ellos, conlleva una acotación de conocimientos desde la perspectiva cuantitativa, cuya pretensión metodológica reside en la comprobación de

hipótesis preconcebidas. Así, los cuestionarios de valoración efectúan preguntas a responder prescindiendo, por ende, de cualquier otro tema que pueda afectar al sujeto más allá de aquel que se pregunta. A su vez, existen diferencias plausibles entre la visión del paciente en un ensayo clínico y en la práctica clínica rutinaria, cuya dinámica se aproxima al abordaje cualitativo.

Nuestro aprendizaje teórico en los bien documentados trabajos sobre la investigación cualitativa de Munárriz 2004 / 2005, Runte-Geidel y colaboradores 2004, González Torres y colaboradores 2004 y Beviá Ferrer y Girón 2004, y una vez adquirida experiencia grupal (grupos piloto), nos llevó a querer demostrar que era factible recoger opiniones, matices y actitudes de los pacientes en relación a la medicación antipsicótica.

Partiendo de una muestra de individuos que habían tenido experiencias con diversas medicaciones antipsicóticas, ¿por qué no encontrar diferencias entre los efectos terapéuticos de distintos neurolépticos?. Podría ser una buena oportunidad para generar hipótesis y enriquecer las previas, mediante la perspectiva inductiva propia del método elegido.

No obstante, sin perder de vista la concepción complementaria entre la información procedente de una escala y la generada en el discurso libre del paciente, decidimos enriquecer nuestro trabajo mediante la escala UKU de efectos secundarios de Lingjaerde y colaboradores (1987), completada de forma individual por los participantes tras la celebración de cada grupo focal.

Encuadrados en la técnica escogida, contábamos con la imposibilidad de generalizar resultados, pues, la cuantía de comentarios cuenta con un factor de azar dependiente del grado de participación de los informantes. Pero, como afirman Mays y

Pope en sus numerosos trabajos al respecto, hemos optado por ganar en validez interna, lo que prescindimos en fiabilidad.

En resumen, hemos pretendido y nos hemos conformado con la amplitud de miras desde el punto de vista experiencial. Básicamente, hemos escuchado atentamente a nuestros pacientes y tenido en cuenta todos y cada uno de los matices que han expuesto en su discurso sobre la medicación antipsicótica. Desde el momento en que para ellos un aspecto ha sido suficientemente importante como para ser comentado, para nosotros, clínicos, lo ha sido también.

Aunque posteriormente, en la valoración de las categorías resultantes, efectuemos una comparativa con los hallazgos de otros autores sobre esta materia, adelantamos que, por una parte, muchos de los pacientes (principalmente los no asistentes a terapias de rehabilitación psicosocial) no son capaces de discriminar entre efectos secundarios y síntomas de enfermedad a pesar de seguir un abordaje ambulatorio y estar dentro de un período de estabilidad clínica. Por otra, ha sido patente la imperante dificultad de los participantes para distinguir diferentes grupos de psicofármacos, pese a asesorarles con un listado de nombres comerciales.

Aún partiendo de estas dificultades esenciales en el análisis del discurso de pacientes que padecen de psicosis, los participantes de nuestros grupos han demostrado su capacidad para exponer matices diferenciales entre antipsicóticos clásicos y de segunda generación con claridad. Como buenos informantes, se han decantado por preferencias con criterios muy definidos que hemos expuesto en el apartado de resultados y completaremos en esta discusión (5.1.4).

Este trabajo ha sido muy enriquecedor para nuestro equipo, pues ha dejado patente la complejidad del abordaje de la experiencia subjetiva en general y de los

aspectos que nuestros pacientes psicóticos, con unas características de enfermar y un tratamiento concreto, contemplan para manifestarse en particular.

A continuación, vamos a discutir nuestros resultados siguiendo los objetivos propuestos y contrastándolos con la bibliografía publicada al respecto.

5.1.1 Diseñar una metodología cualitativa con grupos focales formados por pacientes psicóticos

Como hemos expuesto anteriormente, los estudios cualitativos anteriores sobre el mismo tema, como el de Rogers y colaboradores 1998, Angermeyer y colaboradores 2001, Carrick y colaboradores 2004 en su primera fase, tienen el objetivo común de aproximarse a la experiencia subjetiva con los antipsicóticos y utilizan entrevistas individuales en lugar de entrevistas en grupo.

Los últimos (Carrick et al. 2004), en su segunda fase, apuestan por los grupos focales, al igual que el equipo de González Torres y el de Runte-Geidel en 2004 al abordar la discriminación sufrida por esta población. Nosotros, pues, estamos en la línea de estos autores.

Recordemos que los grupos focales, son un método de entrevista a un conjunto de individuos no menor de 4 ni mayor de 12 componentes, que se celebra de forma suavemente directiva en un contexto neutral para los participantes. Se considera como procedimiento apropiado para reducir la influencia del investigador y proporcionar un ámbito cómodo a los asistentes (Munárriz 2005).

A sabiendas de los sesgos que puede conllevar en cuanto a la información generada, nuestra experiencia ha dejado patente que la interacción de varios individuos aquejados de adversidades similares ha llevado a la fluidez. Nuestras notas de campo como conductores / observadores, registran que si bien algunos participantes han

quedado en segundo plano por sus rasgos de personalidad o por su estado clínico, globalmente ha existido una intervención satisfactoria.

Decidimos invitar a pacientes de diferentes procedencias asistenciales a nuestras convocatorias, excluyendo, como es de suponer, las Unidades de Agudos. Seguimos rigurosamente los criterios de inclusión y exclusión preconcebidos. Los cinco ámbitos elegidos y el número de grupos celebrados en cada uno de ellos, tuvieron su fundamento en la accesibilidad a las áreas de salud en las que estábamos trabajando en el momento de las tareas de campo, y en la saturación de la información.

El guión de preguntas a formular, fue estable en todas las convocatorias. El contenido fue debatido previamente en equipo y probado en los dos grupos piloto celebrados antes de comenzar el trabajo. Como se puede comprobar en el apartado de material y método, los planteamientos son abiertos en contraposición a las preguntas cerradas que suelen componer los cuestionarios.

La elección de la escala UKU como registro cuantitativo, residió en la completud de la misma para abordar la tolerancia neuroléptica, el aval de su uso en numerosos estudios previos y en la contemplación de factores causales entre sus items. Un hallazgo esencial, es la confusión etiológica que los participantes desprendieron al responderla de forma individual pues, como ya hemos adelantado anteriormente y luego se ha confirmado en el análisis de las transcripciones, es muy frecuente que los pacientes psicóticos entremezclen efectos secundarios y síntomas de enfermedad. Así, no disponemos de datos estadísticos fiables sobre los items de valoración de la relación causal de cada uno de los efectos secundarios, porque nuestros pacientes se vieron realmente apurados a la hora de responder al respecto en un formato de escala. Al fin y al cabo, esta incidencia, más que una limitación del estudio, ha supuesto la confirmación

de que la respuesta discotómica a tales preguntas resulta muy dificultosa para los pacientes psicóticos.

Finalizamos este apartado retomando la comparativa con los trabajos cualitativos anteriormente mencionados, los cuales han sido un claro referente para nuestro equipo. Con ellos coincidimos en parte de los objetivos y en la metodología global. Nos encontramos en su misma línea de investigación, desde el momento en el que nos hemos planteado la complejidad de la subjetividad y la importancia de la profundización en el estudio de la misma. Discrepamos, como hemos comentado, en la técnica empleada (entrevista individual en profundidad) y en que no tienen por objetivo la búsqueda de diferencias entre los antipsicóticos de primera y segunda generación.

5.1.2 Analizar las transcripciones obtenidas en las grabaciones y generar un sistema de categorías

Todos los grupos celebrados han sido transcritos literalmente, las grabaciones en audio han sido el principal medio de obtención de información. Tuvimos problemas en la comprensión completa del grupo CSM 3; hemos prescindido de su repetición por no resultar técnicamente correcto, pero efectuamos un cuarto grupo con participantes procedentes de dicho contexto.

Tras la lectura repetida de forma separada por los integrantes del equipo, con el refuerzo de reuniones seriadas durante dicho proceso, se fueron diseñando categorías que dieran cabida a todo el contenido. La elaboración de las mismas, que incluye su definición, agrupación y arborización, ha sido uno de los procesos más costosos. Las discrepancias entre miembros del grupo investigador sobre la creación de algunas categorías específicas, han resultado constructivas y las decisiones finales se tomaron en consenso.

Tras ello, todo el contenido de las transcripciones, segmentado por unidades de significado, fue calificado y adscrito a la categoría correspondiente. Es imprescindible tener en cuenta que existen comentarios (unidades de significado) adjudicables a más de una categoría, lo que aumenta la complejidad del análisis.

En el apartado de resultados hemos expuesto una ordenación de las categorías, de forma tanto resumida como desglosada. Mientras que las principales se corresponden básicamente con el guión de preguntas de conducción de los grupos, las subcategorías y divisiones surgen del contenido emergente tal y como sugiere la teoría fundamentada.

En el anexo 4, se encuentra el listado completo tal y como es ofrecido por el software QRS N´Vivo. Como se puede comprobar, los fármacos y los sujetos tienen asignado un código y forman, por requisitos metodológicos, una categoría individual cada uno.

El programa informático empleado, toma protagonismo en este nivel de análisis, pues permite efectuar la labor clasificatoria de forma rápida y ordenada, de manera que los cruces de información son sencillos de llevar a cabo con posterioridad. Sirva como ejemplo la posibilidad de saber cuántos y principalmente qué comentarios emite cada uno de los individuos, respecto a una categoría o subcategoría concreta.

Si bien nuestro objetivo no reside en la cuantificación de participaciones, esta posibilidad que ofrece el QRS N´Vivo nos ha llevado a tener una visión más realista de la distribución de los comentarios. Contamos con una tabla resumen de participaciones respecto a fármacos en concreto y comparaciones entre los mismos, que adjuntamos en la tabla 14.

La observación detallada de la misma y los diagramas posteriores, refleja sin duda la dinámica grupal. Son muy numerosas las referencias de fármacos en particular, siendo más cuantiosas las que contienen calificativos negativos.

La elaboración de categorías, como apunta Munárriz 2005, supone un resultado en sí mismo en el ámbito de la investigación cualitativa. Contrastando con los trabajos publicados en el número monográfico de la revista Archivos de Psiquiatría 2004, titulado “La investigación cualitativa en psiquiatría” (uno de los pocos sobre este tema en castellano), vemos que existen diversos estilos de presentación de las mismas, así como diferentes grados de extensión en sus ramificaciones.

Nosotros hemos sido, quizás, muy exhaustivos; hemos preferido detallar que simplificar, teniendo en cuenta nuestra principal pretensión de aportar la máxima información para la elaboración de escalas futuras sobre el tema.

Fuimos muy cuidadosos a la hora de interpretar las transcripciones, pensamos que es un terreno muy delicado. Por el contrario, tampoco nos hemos conformado con una mera descripción. Así pues, llegamos al acuerdo intermedio de “análisis crítico, científicamente probado”, para el que ha sido decisiva la experiencia clínica de los investigadores sobre el tema.

La categoría principal “efectos percibidos del tratamiento” (tabla 12), coincide en términos generales con la división temática expuesta por Angermeyer y colaboradores en 2001.

Consideramos de gran interés la distinción que hemos efectuado entre lo que denominamos “efectos simples” y “efectos complejos” derivados de la toma. Los primeros serían el equivalente a los items de una escala de valoración de tratamiento como pudiera ser la UKU; los segundos, cuentan con un inherente proceso de elaboración por parte del paciente y suponen la máxima expresión de la subjetividad. Si bien resultan en ocasiones más abstractos, son muy gráficos por coincidir con los habituales en una consulta clínica rutinaria.

Ya en 1977, Belmaker y Wald, psiquiatras sanos, emitieron comentarios de esta índole al exponerse a la prueba de la toma de un antipsicótico. Sin embargo, no conocemos trabajos previos con esta metodología, que hayan efectuado la distinción conceptual entre efectos “simples” y “complejos”.

5.1.3 Indagar hasta dónde llega y en qué aspectos queda deficitaria la medicación antipsicótica

Nos vamos a seguir basando en nuestro sistema de categorías derivadas del análisis temático del discurso (Tablas 12 y 13), para ahondar sobre lo que nuestros pacientes opinan acerca de las bondades y limitaciones de los fármacos antipsicóticos. En la primera de ellas, llamada “efectos percibidos del tratamiento”, encontraríamos la respuesta a este planteamiento.

Hemos apreciado que, mientras los pacientes difícilmente identifican la eficacia antipsicótica como tal, sí están sensibilizados con los “efectos complejos” positivos que conllevan logros personales en la esfera social, laboral y en el funcionamiento autónomo. Los informantes van más allá de los “efectos simples” del tratamiento y preservan la capacidad de instrumentalizarlos para el logro de un mejor manejo personal; ello es indicativo del complejo desarrollo subjetivo subyacente. Este proceso culmina en el conocimiento de la enfermedad y su manejo, desde la cumplimentación hasta el compromiso, como en otras condiciones crónicas.

Cuando la dinámica de enfermar y ser tratado no es operativa, la evolución clínica se torna complicada y adversa. Ello se ve reflejado en la vulnerabilidad consecuente que conlleva la deficiencia en estrategias personales para resolver problemas o manejar sentimientos, así como en el umbral que dispara vivencias angustiantes y desmoralizantes (Clarke y Kissane 2002). Así, se gesta un círculo vicioso

que conlleva desencanto, no cumplimentación, consecuencias terapéuticas coercitivas con el internamiento como máxima expresión y estigma, lo que perpetúa la experiencia traumática (Watts y Priebe 2002). En nuestro estudio, estos pacientes generalmente son aquellos que se encuentran institucionalizados. El grado de decepción ha dependido de cuestiones actitudinales a la hora de ser manifestado; los más “rebeldes”, sin más han calificado los efectos terapéuticos como “ninguno”.

Una forma bien distinta de vivencia del enfermar, es la que nos han ofrecido aquellos afectados que se benefician de la asistencia a centros de día y se vinculan a abordajes de rehabilitación; estos denotan, sin duda, más deseo, capacidad y posibilidad de integrarse socialmente. Lamentablemente, el porcentaje de este grupo ha sido escaso pero son una buena representación del marco teórico de recuperación que sería deseable para los estados psicóticos (Leucht y Lasser 2006). La evaluación de los factores que diferencian a estos pacientes de mejor pronóstico, puede ayudar al avance en el conocimiento y abordaje de la esquizofrenia.

5.1.4 Profundizar en posibles factores que influyen en la actitud hacia el tratamiento, adherencia terapéutica y calidad de vida

La categoría principal llamada “actitudes y cumplimentación” (Tablas 12 y 13), es la que engloba aspectos de este tipo.

Los estudios cualitativos realizados sobre este tema hasta la fecha, se han centrado también en algunos de los aspectos que nosotros hemos desglosado. Así, compartimos con Rogers y colaboradores 1998 la multitud de variables que influyen en la consolidación de la experiencia subjetiva como proceso de elaboración a medio plazo. Nuestros resultados coinciden en la importancia que se le da a: las estrategias de afrontamiento de los síntomas (accesorios al tratamiento farmacológico), la coacción

que supone el estigma social, la influencia derivada de la relación terapéutica y, por último, la concesión a los pacientes de valía como informantes.

El equipo de Naber y colaboradores en 2006, también inciden con firmeza en la importancia de aspectos actitudinales, preservando sobremanera la inherente individualidad que conlleva la subjetividad, hecho que impide generalizar por norma.

En nuestras transcripciones, ha resultado patente la distinción entre pacientes “complacientes” y “rebeldes” al igual que Carrick y colaboradores (2004), equipo investigador que también señala la dificultad de los pacientes más graves para diferenciar entre efectos secundarios y síntomas de la enfermedad. Para nosotros, los primeros (“complacientes”) son receptivos y los segundos (“rebeldes”) reticentes de forma global hacia los fármacos y medicina en general, y hacia la psiquiatría en particular. No podemos obviar un grupo de participantes que podríamos calificar como “intermedios”, los cuales sí serían capaces de discriminar diferencias entre fármacos diversos. Esto apunta a la necesidad del estudio de la personalidad en la valoración de la respuesta al tratamiento. Dicho aspecto, se ha considerado muy importante en el grupo de pacientes tradicionalmente llamados neuróticos pero, en nuestra opinión, no se ha contemplado lo suficiente en los pacientes psicóticos.

Como hemos reflejado en citas literales de nuestros informantes, la alianza terapéutica es un aspecto especialmente relevante en la actitud de toma y expectativas sobre el producto, al igual que constataron Karow, Naber y colaboradores en 2006 y Haro y colaboradores en 2007.

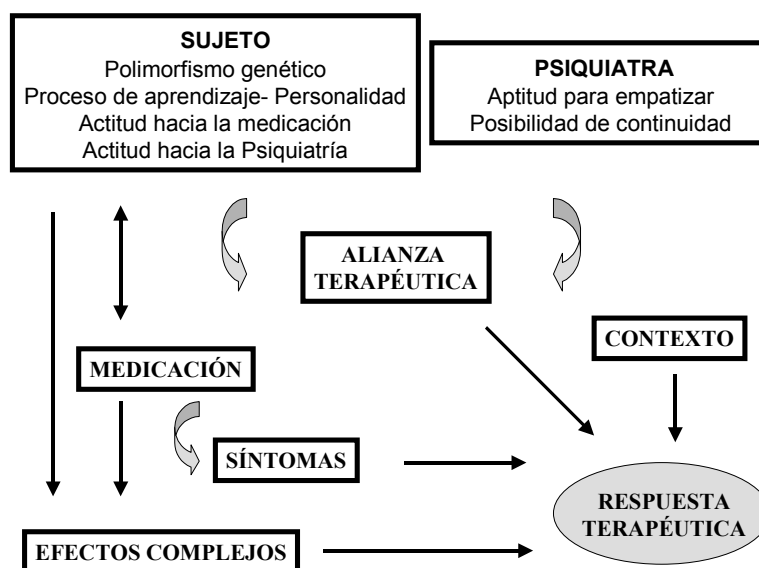
La calidad de vida no ha sido contemplada como una categoría per sé, pero su estimación ha sido una constante implícita en el discurso crítico general emitido por nuestros informantes. Interesante es, no obstante, recordar que existen en la actualidad numerosas iniciativas para evaluar dicho aspecto subjetivo y así, el equipo de Karow y

DISCUSIÓN

Naber (2006) también son punteros a la hora de medir “bienestar subjetivo” y “calidad de vida”.

A nivel nacional, destacamos la escala CSCV (Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida), por la aplicación a pacientes esquizofrénicos que la misma facilita (Ibáñez et al. 1997). Sus creadores, de hecho, tras una línea de trabajo continuado al respecto, publicaron en 2004 un estudio que resulta pertinente en esta discusión, desde el momento en que los autores focalizaron sus esfuerzos en la estimación de la calidad de vida con la toma de olanzapina. Entre sus resultados, destaca la conclusión de una “estimación subjetiva” favorable con dicho fármaco.

Vemos pues que el constructo “calidad de vida” y “experiencia subjetiva” a menudo se entremezclan y llegan a emplearse como sinónimos. Nosotros, como equipo, tras la realización de este trabajo y con el aval de autores como Carlsson y colaboradores 2002, apostamos por diferenciarlos desde el prisma de valoración. Así, mientras la “calidad de vida” estaría formada por un componente objetivo y otro individual, la “experiencia subjetiva” es meramente vivencial. La segunda sería, pues, sólo un componente de la calidad de vida y podríamos resumir sus dimensiones de la siguiente forma:



Nosotros, de nuevo en la línea de trabajo con entrevistas semiestructuradas de Naber y colaboradores 2006, hemos comprobado que la “experiencia subjetiva” efectivamente está compuesta por diversos factores y es el fruto de una elaboración de toma de tratamiento en un contexto de enfermedad concreto. Es, por tanto, compleja, individual y abordable, si se tienen en cuenta los elementos que la componen.

En el esquema anterior, resumimos el conjunto de interacciones en juego; si comparamos con las categorías de discurso que surgen de nuestro análisis, vemos cómo los pacientes implícitamente las tienen en cuenta para opinar.

Daríamos un paso adelante al perfilar que, también en muchas ocasiones, fácilmente se emplean indistintamente los términos “disforia” (esencialmente biológico) y “experiencia subjetiva” (elaborativo), siendo que parten de una etiología diferente, cursan con una secuencia muy distinta y llevan implícito un juicio de valor no siempre equiparable.

Para concluir, al igual que el equipo alemán liderado por Naber pensamos que un mismo efecto, sedación por ejemplo, puede ser vivido como beneficioso y buscado, o, por el contrario, molesto e incluso intolerable; ¿por qué no preguntar a nuestros pacientes por aquellos efectos adversos que en principio conllevarían el abandono del tratamiento?. Se trata, en definitiva, de tener un abordaje del tratamiento farmacológico dentro de un contexto de “negociación”, semejante al que se puede llevar a cabo en el tratamiento psicoterapéutico.

5.1.5 Confirmar o no si, desde este enfoque, existen diferencias entre los neurolépticos existentes.

El discurso que los pacientes de esta muestra han ofrecido sobre el tratamiento, ha sido mayor y más rico en torno a los efectos negativos que a los positivos. Los

efectos secundarios extrapiramidales han resultado claramente más angustiantes, especialmente por la repercusión afectiva que conllevan. Las descripciones emitidas por los pacientes sugieren que, en lugar de la “disforia” inmediata pura relacionada con la disregulación dopaminérgica, existe un componente reactivo a la falta de experiencias placenteras y satisfactorias que parece más responsable de la “experiencia subjetiva” negativa como tal.

La evidencia de que los neurolépticos no son una fuente depresiva dominante, ha sido reflejada en otros trabajos (Siris 2001); de hecho, la gradación de la experiencia subjetiva con antipsicóticos ha resultado patente en la bibliografía y se plasma en la preferencia por los neurolépticos atípicos sobre los clásicos defendida por algunos autores como Sanjuán y colaboradores en 2005. Lo destacable de los mismos, es el argumento a favor del bienestar subjetivo que supuestamente reportan.

Los pacientes, presentan dificultades para decantarse por preferencias entre diversos tratamientos antipsicóticos, sobretodo aquellos de evolución crónica o no beneficiados de abordajes de rehabilitación. Dicha dificultad, ha sido también contemplada en estudios recientes con metodología cuantitativa. Ejemplos de ello son los metaanálisis de Geddes (2000) y Davis (2003), el estudio CATIE 2005 (Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness) y los numerosos trabajos de Naber entre otros. Los mismos fueron diseñados para el escrutinio de factores influyentes en la cumplimentación, perfil de efectos secundarios y eficacia antipsicótica, como determinantes de la eficacia a largo plazo.

En lo que se refiere a las posibles diferencias entre el tipo de antipsicóticos en nuestra muestra, hemos apreciado una preferencia notable por los neurolépticos atípicos. Para llegar a dicha conclusión, nos basamos en la cantidad y contenido de los comentarios positivos de los mismos. El buen concepto de un producto, conlleva mejor

cumplimentación y una superioridad *real*. Paralelamente y en la misma línea, son más numerosas las alusiones negativas alrededor de los clásicos (ver tabla 14), siendo particularmente relevante que en este grupo de pacientes la tolerancia puede primar sobre la eficacia a la hora de preferir un fármaco sobre otro. La “experiencia subjetiva” pues, como proceso complejo influido por diversos componentes, resume los factores que llevan a nuestros pacientes a sentirse mejor con unos fármacos que con otros.

En la línea de las reflexiones referentes al metaanálisis de Geddes, que Kapur y Remington exponen en la editorial del *British Medical Journal* (2000), nuestros pacientes emiten algunos comentarios de entusiasmo alrededor de los nuevos fármacos. Estos sugirieron que existe una predisposición subjetiva favorable a los mismos, siendo concebidos por muchos sujetos como un avance científico.

Entre los atípicos, en nuestros grupos es mayor el número de menciones de tolerancia subjetiva positiva de la olanzapina respecto a la risperidona. Pensamos que en ello influyen varios factores. Por una parte, el mecanismo de acción de la risperidona a dosis superiores a 6mg, es muy parecido al de los antipsicóticos clásicos incisivos y las quejas de tolerancia se tornan muy similares; el equivalente nivel de ocupación de receptores D2, llevaría a la aparición de efectos extrapiramidales y “disforia” con una frecuencia semejante. Por otra, considerando que la comercialización de risperidona fue previa a la de olanzapina, es cierto que muchos pacientes probaron la segunda como alternativa terapéutica cuando la experiencia subjetiva con la primera fue negativa.

De la olanzapina se destaca un efecto positivo “antidepresivo”, “tranquilizante” y “estabilizante”. Nuestros pacientes agradecen la percepción de disminución en intensidad de efectos secundarios extrapiramidales y señalan el incremento ponderal y somnolencia como reacciones adversas más destacables.

A la risperidona se le adscribe un efecto “positivo global” y antipsicótico en particular; como efectos adversos, como ya hemos avanzado, los pacientes mencionan síntomas extrapiramidales, aplanamiento global y disminución de libido en relación con incrementos de dosis.

En el período de realización del estudio, la introducción de la quetiapina en el mercado era reciente y la de ulteriores neurolépticos atípicos aún no había tenido lugar, luego no se pudieron analizar. Sin duda, habría sido una buena oportunidad pues, por ejemplo, los numerosos comentarios en los que se entiende la sedación como “positiva”, nos llevan a reflexionar sobre los problemas que en ocasiones aparecen con nuevos antipsicóticos como la ziprasidona o el aripiprazol, cuyo perfil a este nivel es mucho menos acusado.

No por mencionarse en último lugar, se resta interés al beneficio derivado de los clásicos cuando la dosis es bien tolerada, en la línea de la impresión clínica de Geddes y colaboradores en su meta-análisis del año 2000. Son especialmente numerosas las bondades de los sedativos, calificados como “tranquilizantes” o “para dormir”. No pasan desapercibidas las ventajas inherentes a las fórmulas depot en su justa medida; es curioso que nuestros pacientes sistemáticamente detallan la frecuencia de aplicación de su dosis intramuscular con la precisión que estiman oportuna.

5.1.6 Identificar aspectos que no quedan reflejados en escalas cuantitativas

Como sabemos, la investigación cuantitativa se basa en escalas estandarizadas que, aplicadas a muestras seleccionadas, ofrecen datos rigurosamente fundados sobre “cuántas veces y con qué intensidad” son presentados los beneficios o molestias en los usuarios. Consideramos que esta estrategia es de gran utilidad en tareas de acercamiento rápido y sencillo al tema objeto de estudio, sin embargo, la inevitable simplificación que

conlleva, no permite explicar por completo un fenómeno tan complejo y con tantas interacciones como es la experiencia subjetiva con el tratamiento. Así, la aproximación cuantitativa, en aras del rigor metodológico, se ve obligada a un abordaje poco satisfactorio en cuanto a su capacidad para producir nuevas ideas.

Hemos revisado en la introducción que las escalas de medida de la vivencia con el tratamiento neuroléptico denotan perspectivas de abordaje cuantitativo diferentes de un mismo concepto, tal y como observaron Voruganti y Awad en 2004. Pese a su intencionalidad común, discrepan en matices de contenido, extensión, marco de aplicación y forma de administración. La mayoría son relativamente breves en longitud.

Entre las ventajas que nos aportan destaca: el asesoramiento de la percepción del efecto del tratamiento por parte del paciente, la utilidad como método de screening para detectar situaciones de alto riesgo de incumplimentación y la indicación en estudios comparativos. Entre las desventajas se contemplan las dificultades inherentes en el método cuantitativo para explorar los efectos del tratamiento en pacientes psicóticos, así como la ausencia de un criterio claro para definir la “disforia” a neurolépticos y la “experiencia subjetiva” como tal. Algunas de las escalas expuestas han partido de la sugerencia y el consenso de expertos, no de los propios pacientes, hecho que multiplica el problema global de medición en psicopatología.

Salvo la NDS, DRI y ROMI todas son autoaplicadas, hecho que en principio intenta eludir el sesgo del entrevistador pero supone una frecuente dificultad para el paciente psicótico. Las escalas DAI, PETiT, ROMI, MARS y ANT abordan las consecuencias del tratamiento a largo plazo (actitudes, adherencia, funcionamiento psicosocial). La NDS es general en su aproximación, las demás son multidimensionales. En todas, se contempla su aplicación específica para pacientes psicóticos cumplimentadores de tratamiento neuroléptico. La NDS limita su uso a fases agudas de

enfermedad, mientras la ROMI y SWN no resultan aptas en dichos períodos. El resto son en principio aplicables en cualquier estadio.

Aunque no esté diseñada para la valoración de experiencia subjetiva, nuestros pacientes completaron la escala UKU de efectos secundarios una vez finalizados los grupos. Cada uno de sus 54 ítems, fueron preguntados por uno de los entrevistadores de forma individual. Los dos últimos, como se puede comprobar en el anexo II, preguntan por el *grado de interferencia de los efectos molestos* y la *consecuencia sobre la toma*. Consideramos de interés que, como ha quedado expuesto en el apartado 3.2.4.1 y tabla 10, la esfera sexual es altamente puntuada de forma acorde con las quejas emitidas por nuestros pacientes en los grupos. Sin embargo, los SEP no se ven bien reflejados en comparación con lo que escuchamos en las transcripciones. Nos ha llamado también la atención la elevada valoración que alcanzan los ítems de dependencia física.

A la vista de lo expuesto, los numerosos beneficios de las escalas de medida, se ven limitados por un inherente punto de vista reduccionista que acota la perspectiva del respondiente a los aspectos planteados por el cuestionario; se trata de un intercambio de información desde una hipótesis preestablecida por el investigador, que no siempre resulta exitoso.

El método cualitativo resultaría pues complementario, suponiendo una alternativa para los problemas epistemológicos de la investigación cuantitativa (Novella 2002); concede a los informantes el protagonismo para elaborar explicaciones. Los datos cualitativos tienen una inmensa riqueza por sí mismos, como sostiene la teoría fundamentada o enmarcándolos desde teorías fuertes como el psicoanálisis o el

estructuralismo (Navarro y Díaz 1994); pueden ofrecer una vastísima información que incluya todos los aspectos considerados relevantes. En este sentido, parece acercarnos de una forma más fiel al paciente con el que tratamos en la clínica diaria, a aquel que presenta sus dificultades en su experiencia individual. Generalizar desde esta perspectiva resulta inviable e investigar difícil; quizás por ello, hasta el momento, el punto de vista cuantitativo ha sido equivalente a investigación y el cualitativo a una pseudo-práctica clínica.

Como sugieren tanto Britten como Mays y Pope en 1995, y ratifican Munárriz y Sanjuán en 2001, el enfoque cualitativo supone un acercamiento al tópico sin la dirección rígida de las hipótesis previas. Procede mediante la observación, utilizando si es preciso métodos mínimamente intrusivos para elicitación de la expresión del fenómeno. Aplicando un procedimiento de análisis inductivo, busca sugerir explicaciones y teorías en lugar de comprobar las previas.

Parece pues una perspectiva apropiada para abordar cuestiones complejas o novedosas, para aprehender significados que requieren algo más que un “sí” ó “no” para ser definidos. Lleva implícita una visión holística del objeto de investigación y conlleva un acercamiento flexible y respetuoso al mismo, que comienza por describir lo que sucede o lo que los sujetos refieren que sucede, y avanza en un proceso inductivo en el que van emergiendo los significados entrañados en el tema a estudio.

En definitiva, los métodos cualitativos resultan especialmente indicados para la comprensión de las experiencias subjetivas de individuos y grupos sobre la salud y la enfermedad, los factores sociales, culturales y políticos influyentes en las mismas y las interacciones entre los participantes y los contextos asistenciales (Fossey et al. 2002). No olvidemos que, con gran frecuencia, suponen el paso metodológico previo a la elaboración de todo tipo de cuestionarios.

Centrándonos en nuestro trabajo, bajo la tesitura expuesta, contemplamos que prácticamente todas las subcategorías pueden suponer aspectos complementarios a una valoración cuantitativa: efectos complejos, falta de eficacia, efectos a largo plazo, limitaciones del tratamiento, comparación entre fármacos, razones para cumplimentar, razones para no hacerlo, causas de cese de tratamiento, consecuencias de la discontinuación, definición del “tratamiento ideal”, influencia de la alianza terapéutica, actitudes, creencias y expectativas, narrativas autobiográficas y metáforas.

Bien es cierto que todas y cada una de ellas merece un tiempo de procesamiento por parte del respondiente, un espacio de expresión libre y una escucha activa de quien efectúa el planteamiento. No olvidemos que muchas de las subcategorías que exponemos, con todas sus subdivisiones, han sido expuestas por los sujetos para poder expresarse. Desde el mismo momento en que esto ocurre, al igual que sucede en la práctica clínica cotidiana con nuestros pacientes, parece que crear un clima dirigido a la escucha sin conjeturas merece la pena.

Los pacientes psicóticos en especial, como ya hemos sugerido con anterioridad, se antojan candidatos a un abordaje que contemple las dificultades cognitivas propias de su enfermedad, a las que se añaden las derivadas de un tratamiento antipsicótico prolongado.

5.2 Limitaciones y fortalezas del estudio

Como podemos apreciar tanto en la revisión de estudios cualitativos previos (Rogers et al. 1998, Angermeyer et al. 2001 y Carrick et al. 2004) como en nuestro trabajo, el tamaño muestral (N) suele ser muy bajo en comparación con los ensayos clínicos. Esto podría considerarse una limitación a priori, si no fuera porque es un hecho inherente a la metodología empleada tal y como sugieren Munárriz y Sanjuán en 2001. Así, hemos explicitado en el apartado de material y método que los informantes son seleccionados (no aleatorios) y el número de participantes se rige por un criterio de saturación de la información. A su vez, hemos de tener en cuenta que el proceso de transcribir, analizar el contenido y categorizarlo, es muy costoso.

La elección de la técnica de grupos focales en nuestro estudio, como lo han hecho otros autores (Carrick et al. 2004 en la segunda fase de su estudio y González Torres et al. 2004), se ve justificada por ofrecer un ámbito más cercano a situaciones vitales cotidianas, beneficiarse de las reflexiones que surgen de la interacción entre pacientes y permitir al investigador observar la influencia entre individuos en dinámicas grupales. Sin embargo, esta metodología cuenta con sus limitaciones. Entre ellas, destacar la dificultad que supone para los participantes expresar puntos de vista más íntimos; a su vez, como de hecho ha sucedido, la interacción entre los mismos puede favorecer la inhibición de pacientes más pasivos, cuyas opiniones pasan a su segundo plano bajo el eco de los que adquieren mayor protagonismo.

Es un sesgo que desconozcamos el motivo por el que un número escaso de pacientes optaron por no asistir a la cita grupal. Pensamos que, probablemente, las cuatro personas que no acudieron tendrían algún tipo de reticencia a compartir su opinión sobre el tratamiento. Su impresión al respecto, pues, podría haber resultado de interés para nuestro estudio.

Hemos contado con un amplio espectro de aquejados en contextos asistenciales diversos, con ello hemos podido recoger procesos subjetivos distintos que conllevan resultados clínicos dispares pero enriquecedores. De esta forma, desde un prisma fenomenológico y sobre la base de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss 1967), hemos trabajado la hipótesis explicativa de la experiencia intrapsíquica de los pacientes con el tratamiento antipsicótico, así como las razones que les llevan, de forma persuasiva o coercitiva, a cumplimentar. Los participantes han sido capaces de proveer información muy útil y densa. La hemos clasificado en dos clases principales: “Los efectos percibidos del tratamiento” y “Las actitudes, creencias y expectativas alrededor de la enfermedad, el tratamiento, los servicios sanitarios y la sociedad”. De nuevo somos conscientes de que la investigación cualitativa conlleva dificultades en relación a la generalización de resultados. Las aportaciones de este estudio, serían pues únicamente aplicables a situaciones similares a todos los niveles. El lector, como señala Macnaughton (1996), deberá tener esta apreciación siempre presente para beneficiarse de aportaciones muy concretas.

Por último, tenemos en cuenta que el discurso sobre cualquier aspecto de la realidad, está condicionado por el contexto semántico en el que un individuo se encuentra y en el que ha crecido (Berger y Luckmann 1968). La elección de pacientes crónicos, expertos “catadores” de antipsicóticos, tiene la ventaja de habernos permitido profundizar en la opinión que tienen respecto a las diferencias entre los distintos antipsicóticos. Por el contrario, son por definición pacientes “crónicos”, ya envueltos en mayor o en menor medida en el lenguaje psiquiátrico, es decir, su discurso en relación a la enfermedad y a la medicación está contaminado por lo que les han dicho los diferentes terapeutas y psiquiatras a lo largo de los años de tratamiento. Es posible que, en este sentido, en algunos casos las palabras empleadas en relación a la medicación

sean las que el paciente está acostumbrado a decir en un entorno terapéutico. Aunque intentamos desde el principio desligar la realización de los grupos con cualquier intervención terapéutica posterior, es inevitable que, en ocasiones, el paciente pudiera decir lo que él piensa que queremos oír utilizando las palabras que ha escuchado previamente de otros compañeros psiquiatras. Esta limitación, sólo se podría superar diseñando el estudio con pacientes “naïve” que tomaran por primera vez la medicación, lo cual implicaría un proceso psicótico agudo que, obviamente, dificultaría mucho su realización.

5.3 Proyección futura de este trabajo

Hemos apreciado que las percepciones subjetivas de los efectos de los antipsicóticos y las actitudes de los pacientes, se integran y se desprenden impregnadas por una “disforia” inicial ante la toma que no se escapa de la influencia de la personalidad del cumplimentador, el grado de conciencia de enfermedad, los efectos a largo plazo y el contexto social y cultural en el que se desenvuelve. Parece indiscutible que la “experiencia subjetiva” global resultante, es diferente con los distintos antipsicóticos para cada individuo.

Atendiendo a la elección del fármaco y en particular a la decisión o no de cambio, las diferencias que hemos encontrado en nuestro estudio entre olanzapina y risperidona, deben ser replicadas en otros trabajos y ampliadas a otros antipsicóticos de segunda generación. Es probable que, como sugieren De Haan y colaboradores 2003, al menos lo que denominamos “disforia” a los neurolépticos esté relacionada directamente con el grado de ocupación de los receptores D2. Resultaría coherente con el diferente perfil farmacodinámico de la olanzapina y la risperidona, así como con la buena tolerancia subjetiva que pueden presentar otros antipsicóticos que no provoquen tanto bloqueo dopaminérgico (quetiapina, ziprasidona). Con ello, podríamos inducir la posibilidad de que la variabilidad en la tolerancia subjetiva individual, obedezca a diferencias en los polimorfismos de los genes que codifican dicho receptor; no conocemos sin embargo ningún estudio en este sentido.

La tendencia actual a mejorar la evaluación de los criterios de respuesta al tratamiento, parte de definir la misma como una mayor exigencia en el porcentaje de disminución en las puntuaciones de las escalas psicopatológicas al uso, por un periodo determinado (van Os et al. 2006). Creemos que la consideración de los aspectos

subjetivos que aquí hemos tratado, facilitaría mucho el acercamiento de la investigación realizada en los ensayos clínicos a la práctica clínica (De Hert et al. 2007).

Consideramos que la experiencia que relata el propio paciente sobre el tratamiento, es muy importante para la cumplimentación a largo plazo. De hecho, en una revisión amplia de Zygmunt y colaboradores sobre el papel de las intervenciones psicoterapéuticas al respecto (2002), se resalta que trabajar en las actitudes y las percepciones del paciente sobre la enfermedad y el tratamiento es un aspecto prioritario para que no abandone la medicación. Nuestro estudio, se enmarcaría pues en esta línea de trabajo.

Teniendo en consideración los aspectos revisados y nuestra propia experiencia, no podemos finalizar este trabajo sin proponer una reconciliación entre los abordajes cualitativos y cuantitativos. Es lo que denominamos “*aproximación psicoterapéutica de la prescripción*”, en el sentido que Sarwer-Foner ya aventuraba en el año 1960. De este modo, partiendo del análisis de contenido del discurso espontáneo del paciente, podría pensarse en la elaboración de nuevos cuestionarios de valoración de experiencia subjetiva con el tratamiento neuroléptico en futuras investigaciones.

Por último, no podemos obviar la expectativa de mejora en el funcionamiento social y ocupacional a la que nuestros pacientes aspiran, lo que conlleva el reconocimiento de la necesidad de medicarse para algunos, sobretodo factible para los que se benefician de un abordaje rehabilitador asociado. La realidad, sin embargo, dista de este propósito ideal para muchos de los pacientes, pues es únicamente un pequeño porcentaje el que, según nuestra experiencia, puede aunar los ingredientes que supongan el logro del bienestar deseado.

Esperamos que este trabajo contribuya no sólo a mejorar los conocimientos sobre la experiencia subjetiva de los pacientes psicóticos que cumplimentan los

DISCUSIÓN

diferentes neurolepticos en general, sino también a reconocer sus diversas especificidades en cada ámbito asistencial en particular.

6. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

1. La aproximación cualitativa mediante grupos focales para valorar la experiencia subjetiva de los pacientes psicóticos con la medicación, permite ampliar la información que aparece en las escalas cuantitativas al respecto.
2. De las numerosas categorías que han resultado en el análisis del discurso de los pacientes psicóticos, aquellas que se refieren a las experiencias subjetivas *complejas* con el tratamiento son las que aportan datos más ricos.
3. A partir del análisis del discurso de los pacientes sobre la medicación, podríamos diferenciar, según su actitud, individuos:
 - a) “rebeldes”: rechazan cualquier tipo de tratamiento.
 - b) “complacientes”: aceptan cualquier tipo de medicación.
 - c) “grupo intermedio”: para quienes el tipo-efecto de tratamiento es más relevante y mejor definido.
4. El número de comentarios negativos alrededor del tratamiento antipsicótico, supera cuantitativa y cualitativamente a los positivos.
5. Se aprecian diferencias en la experiencia subjetiva entre antipsicóticos de primera y segunda generación, con una mejor tolerancia subjetiva de los atípicos en nuestra muestra.

6. Se ha observado una experiencia subjetiva más satisfactoria con olanzapina frente a risperidona a dosis elevadas, en los pacientes que han participado en este estudio.

7. Nuestros datos sugieren la importancia de una aproximación personalizada-psicoterapéutica al discurso de cada individuo sobre la medicación antipsicótica, para poder optimizar tanto la efectividad de la misma como la adherencia al tratamiento.

7. BIBLIOGRAFÍA

7. BIBLIOGRAFÍA

Angermeyer MC, Loffler W, Muller P, Schulze B, Priebe S. Patients' and relatives' assessment of clozapine treatment. *Psychol Med* 2001; 31: 509-17.

APA. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Fourth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.

Awad AG. Drug therapy in schizophrenia--variability of outcome and prediction of response. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 711-20.

Awad AG. Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993; 19: 609-18.

Awad AG, Hogan TP. Subjective response to neuroleptics and the quality of life: implications for treatment outcome. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 380 (Suppl): 27-32.

Awad AG, Hogan TP, Voruganti LN, Heslegrave RJ. Patients' subjective experiences on antipsychotic medications: implications for outcome and quality of life. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10 (Suppl 3): 123-32.

Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ. A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. *Qual Life Res* 1997; 6: 21-26.

Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ, Hogan TP. Assessment of the patient's subjective experience in acute neuroleptic treatment: implications for compliance and outcome. *Int Clin Psychopharmacol* 1996 May; 11 (Suppl 2): 55-9.

Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ. A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. *Qual life Res* 1997; 6: 21-6.

Barberá M, Novella E, Munárriz M, Santiago C, Simó M, Sanjuán J. Letting patients talk about antipsychotics. A qualitative approach. *Int J Neuropsychopharmacology* 2002; 5 (Suppl 1) : s180.

Barberá M, Munárriz M, Novella E, Santiago C, Simó M, Sanjuán J. Descripción de la experiencia subjetiva de los pacientes psicóticos con la medicación neuroléptica. Un estudio cualitativo con grupos focales. *Archivos de Psiquiatría* 2004; 67 : 229-253.

Barberá M, Sanjuán J, Munárriz M, Novella E, Santiago C, Simó M. La experiencia subjetiva con antipsicóticos: evaluación cuantitativa. *Actas Esp Psiquiatr* 2006 Sep-Oct; 34: 287-94.

Barbour RS. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ* 2001; 322: 1115-7.

Barofsky I. Behavioral therapeutics and the management of therapeutics regimens. En: *Compliance with Therapeutic Regimens*, ed. D.L. Sackett and R.B. Haynes. Baltimore: John Hopkins University Press, 1976; p.100-9.

Belmaker RH, Wald D. Haloperidol in normals. *Br J Psychiatry* 1977; 131: 222-3.

Black N. Why we need qualitative research. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 425-6.

Beviá Ferrer B, Girón M. esquizofrenia y empleo: identificación de necesidades a partir de un grupo natural. Archivos de psiquiatría 2004; 67: 221-228.

Berger PL, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Amorrortu, 1968.

Britten N. Qualitative interviews in medical research. BMJ 1995; 311: 251-3.

Brown C, Lloyd K. Qualitative methods in psychiatric research. Adv Psychiatr Treat 2001; 7: 350-6.

Browne S, Garavan J, Gervin M, Roe M, Larkin C, O'Callaghan E. Quality of life in schizophrenia: insight and subjective response to neuroleptics. J Nerv Ment Dis 1998; 186: 74-78.

Buston K, Parry-Jones W, Livingston M, Bogan A, Wood S. Qualitative research. Br J Psychiatry 1998; 172: 197-9.

Cabeza IG, Amador MS, López CA, González de Chávez M. Subjective response to antipsychotics in schizophrenic patients: clinical implications and related factors. Schizophr Res 2000; 41: 349-355.

Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Delgado JM, Gutiérrez J, eds. Métodos y técnicas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis Psicoogía, 1994: 287-316.

Carlsson I, Frederiksen SO, Gottfries CG. Calidad de vida y nivel de vida en un grupo seleccionado aleatoriamente de personas con discapacidad psiquiátrica en Suecia 2 años después de la reforma psiquiátrica. *Eur Psychiatry Ed. Esp.* 2002; 9: 489-498.

Carrick R, Mitchell A, Powell RA, Lloyd K. The quest for well-being: a qualitative study of the experience of taking antipsychotic medication. *Psychol Psychother* 2004; 77: 19-33.

Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36 : 733-42.

Davis JM, Chen N, Glick ID. A Meta-analysis of the Efficacy of Second-Generation Antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 553-564.

Davies K. 'Silent and censored travellers'? Patients' narratives and patients' voices: perspectives on the history of mental illness since 1948. *Soc Hist Med* 2001; 14 : 267-92.

De Haan L, Lavalaye J, Linszen D, Dingemans PM, Booij J. Subjective experience and striatal dopamine D(2) receptor occupancy in patients with schizophrenia stabilized by olanzapine or risperidone. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1019-20.

De Haan L, Weisfelt M, Dingemans PM, Linszen DH, Wouters L. Psychometric properties of the Subjective Well-Being Under Neuroleptics scale and the Subjective Deficit Syndrome Scale. *Psychopharmacology* 2002; 162: 24-8.

De Haan L, Van Bruggen M, Lavalaye J, Booij J, Dingemans PM, Linszen D. Subjective experience and d(2) receptor occupancy in patients with recent-onset schizophrenia treated with low-dose olanzapine or haloperidol: a randomized, double-blind study. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 303-9.

De Hert M, van Winkel R, Wampers M, Kane J, van Os J, Peuskens J. Remission criteria for schizophrenia: Evaluation in a large naturalistic cohort. *Schizophrenia Research* 2007; 9: 68-73.

Delay J, Deniker P. Neuroleptic effects of chlorpromazine in therapeutics of neuropsychiatry. *J Clin Exp Psychopathol* 1955; 16: 104-12.

Feldman MS. Strategies for interpreting qualitative data. Thousand Oaks: Sage, 1995.

Fitzgerald PB, de Castella AR, Filia K, Collins J, Brewer K, Williams CL, et al. A longitudinal study of patient- and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2003; 119: 55-62.

Fossey E, Harvey C, McDermott F, Davidson L. Understanding and evaluating qualitative research. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 717-732.

Gaminde I. De la fascinación del número: acerca de la necesaria flexibilidad metodológica en la investigación en Salud. *Atención Primaria* 1994; 14: 631-6.

García Campayo J, Alda M. La vivencia de la sexualidad en pacientes con fibromialgia: un estudio cualitativo. *Archivos de Psiquiatría* 2004; 67: 157-168.

Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P. National Schizophrenia Guideline Development Group. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000; 321: 1371-1376.

Gemián J, Deyop R, Ramsey S. Evidence-based clinical practice. Boston: Buterworth Heinemann, 2000.

Gerlach J, Larsen EB. Subjective experience and mental side-effects of antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1999; 395: 113-7.

Gervin M, Browne S, Garavan J, Roe M, Larkin C, O'Callaghan E. Dysphoric subjective response to neuroleptics in schizophrenia: relationship to extrapyramidal side effects and symptomatology. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 405-409.

Gifford S. Qualitative research: The soft option? *Health Promotion Journal of Australia* 1996; 6: 58-61.

Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: Strategies in qualitative research. Chicago: Aldine Publishing Co., 1967.

Giner J, Baca E, Bobes J, Ibáñez E, Leal C, Cervera S. Calidad de vida en enfermos esquizofrénicos. Desarrollo de un instrumento español para su evaluación: el Cuestionario "Sevilla". *Anales de Psiquiatría* 1995; 11: 313-319.

Giner J, Ibáñez E, Cervera S, Sanmartín A, Caballero R. Experiencia subjetiva y calidad de vida en esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29: 233-242.

Giner J, Bobes J, Cervera S, Leal C, Baca E, Ibáñez E. Impacto de la olanzapina en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia: seguimiento de un año con el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32:1-7.

González Rey FL. Investigación cualitativa en Psicología. Rumbos y desafíos. 2000 edition. México: Thomson Learning, 2000.

González Torres MA, Arístegui M, Oraá R, Bustamante S. Investigación cualitativa en esquizofrenia. Un estudio con grupos focales para conocer experiencias de discriminación de pacientes y familiares. *Archivos de Psiquiatría* 2004; 67: 211-220.

Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ* 1998; 316: 1230-32.

Greenbaum TL. The hand book for Focus Group Research. Thousand Oaks: Sage; 1998.

Halstead SM, Barnes TR, Speller JC. Akatisia: prevalence and associated dysphoria in an in-patient population with chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 177-83.

Haro JM, Suarez D, Novick D, Brown J, Usall J, Naber D. Three-year antipsychotic effectiveness in the outpatient care of schizophrenia: Observational versus randomized studies results. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007;17: 235-44.

Hellewell JS. Attitudes toward the treatment of schizophrenia and perceptions of antipsychotic side effects: a multinational survey of psychiatrists, nurses and caregivers (poster). XIII meeting of the European College of Neuropsychopharmacology 2000.

Hellewell JS. Patients' subjective experiences of antipsychotics: clinical relevance. *CNS Drugs* 2002; 16: 457-71.

Hofer A, Kemmler G, Eder U, Honeder M, Hummer M, Fleischhacker WW. Attitudes toward antipsychotics among outpatient clinic attendees with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 49-53.

Hofer A, Kemmler G, Eder U, Edlinger M, Hummer M and Fleischhacker W. Quality of life in Schizophrenia: The impact of Psychopathology, Attitude toward Medication and Side-effects. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 932-939.

Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med.* 1983; 13: 177-83.

Hogan TP, Awad AG, Eastwood MR. Early subjective response and prediction of outcome to neuroleptic drug therapy in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1985; 30: 246-8.

Hogan TP, Awad AG. Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia: a re-examination comparing two measures. *Psychol Med* 1992; 22: 347-52.

Huberman AM, Miles MB. Data management and analysis methods. En: Denzin KN, Lincoln YS, eds. *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Thousand Oaks: Sage publications, 1998: 179-210.

Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión. Técnica y crítica. Madrid, Spain. Siglo XXI; 1992.

Ibáñez E, Giner J, Cervera S, Baca E, Bobes J, Leal C. El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: propiedades psicométricas. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1997; 25 (suppl 2): 24-31.

Iñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria* 1999; 23: 499-502.

Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer-Verlag, 1973.

Johnson JC. Selecting ethnographic informants. Newbury Park: Sage 1990.

Kahn ME, Anker M, Patel BC, Barge S, Sadhwani H, Kohle R. The use of focus groups in social and behavioural research: some methodological issues. *Wld Hlth Statist Quart* 1991; 44: 145-9.

Kampman O, Lehtinen K, Lassila V, Leinonen E, Poutanen O, Koivisto AM. Attitudes towards neuroleptic treatment: reliability and validity of the Attitudes towards Neuroleptic Treatment (ANT) questionnaire. *Schizophr Res* 2000; 45: 223-234.

Kaplan HI, Sadock BJ. Esquizofrenia. En: Kaplan HI, Sadock BJ ed. *Sinopsis de Psiquiatría - Ciencias de la conducta, Psiquiatria clínica- 8º Edición*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1999; p. 519-557.

Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 13- 23.

Kapur S, Remington G. Atypical antipsychotics. Patients value the lower incidence of extrapyramidal side effects. *BMJ* 2000; 321: 1360-61.

Karow A, Naber D. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment. *Psychopharmacology (Berl)*. 2002; 162: 3-10.

Karow A, Schnedler D and Naber D. What would the patients choose? Subjective comparison of atypical and typical neuroleptics. *Pharmacopsychiatry* 2006; 39:47-51.

Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311: 299-302.

Knudsen HC, Vazquez-Barquero JL, Welcher B et al. Translation and cross-cultural adaptation of outcome measurements for schizophrenia. EPSILON Study 2. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *Br J Psychiatry Suppl* 2000; (39): s8-14.

Krawiecka M, Goldberg D, Vaughan M. A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1977; 55: 299-308.

Lader M. Neuroleptic induced deficit syndrome: old problem, new challenge. *J Psychopharmacol* 1993; 7: 392-3.

Lambert M, Naber D. Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs*. 2004;18 Suppl 2:5-17; discussion 41-3.

Larsen EB, Gerlach J. Subjective experience of treatment, side effects, mental state and quality of life in chronic schizophrenic out-patients treated with depot neuroleptics. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 381-8.

Leucht S, Lasser R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2006 ; 39: 161-70.

Lewander T. Neuroleptics and the Neuroleptic-induced deficit syndrome. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 380: 8-13.

Liddle PF, Barnes TR. The subjective experience of deficits in schizophrenia. *Comparative Psychiatry* 1988; 29: 157-64.

Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005 Sep 22; 353: 1209-23.

Lincoln YS, Guba EG. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of Qualitative Research*, 2nd edition. Thousand Oaks: Sage, 2000: 163-88.

Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1987; 334: 1-100.

Löffler W, Kilian R, Toumi M, Angermeyer MC. Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiat* 2003; 36: 105-112.

Macnaughton RJ. Numbers, scales, and qualitative research. *Lancet*. 1996 Apr 20; 347 (9008): 1099-100.

Marder SR. Subjective experiences on antipsychotic medications: synthesis and conclusions. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2005 (427): 43-6.

Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 1996 edition. Weinheim: Psychologie Verlag Union, 1996.

Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995; 311: 109-112.

Mays N, Pope C. Qualitative Research: Observational methods in health care settings. *BMJ* 1995; 311: 182-4.

Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000; 320: 50-2.

Mc Cabe R, Heath C, Burns T, Priebe S. Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *BMJ* 2002; 325: 1148-51.

Mc Evoy, J.P, Lieberman, J.A, Scott Stroup, T. et al. Effectiveness of Clozapine Versus Olanzapine, Quetiapine and Risperidone in Patients With Chronic

Schizophrenia Who Did Not Respond to Prior Atypical Antipsychotic Treatment. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 600-610.

Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis. An expanded sourcebook*. Second edition. Thousand Oaks: Sage Publications Inc., 1994.

Morgan DL. *Successful focus groups. Advancing the State of Art*. Newbury Park: Sage Publications Inc. 1993.

Morgan DL. *Focus Groups As Qualitative Research*. Second ed. Thousand Oaks, CA. U.S.: Sage Publications Inc. 1996.

Morgan DL, Krueger RA. *The Focus Group Kit. Boxed ed*. Thousand Oaks, CA. U.S.: Sage Publications Inc. 1998.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74.

Munárriz M, Sanjuán J. Investigación cualitativa y psiquiatría. *Archivos de psiquiatría* 2001; 64: 7-20.

Munárriz M. El papel de la investigación cualitativa. *Archivos de Psiquiatría* 2004; 67: 153-156.

Munárriz M, Santiago C, Marqués MJ, Sanjuán J, Gómez Beneyto M. Referencias a la psicoterapia en el discurso de los psiquiatras, otros profesionales de la salud mental y usuarios. *Archivos de Psiquiatría* 2004; 67: 179-194.

Munárriz M. Métodos cualitativos. En: Vallejo J, Leal C ed. *Tratado de Psiquiatría*, volumen I. Barcelona: Ars Medica, 2005; p. 118-34.

Naber, D. A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10 Suppl 3: 133-8.

Naber D, Moritz S, Lambert M, Pajonk FG, Holzbach R, Mass R, et al. Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. *Schizophr Res* 2001; 50: 79-88.

Naber D, Karow A. Good tolerability equals good results: the patient's perspective. *Eur Neuropsychopharmacol* 2001 Oct;11 Suppl 4: S391-6.

Naber D. The influence of side effects on attitudes to drug treatment and compliance. En: *Abstract Book of Drug Safety in Psychopharmacology: Hot Topics*. European Institute for Healthcare, Bruselas, Diciembre 2006: 33-38.

Navarro P, Díaz C. Análisis de contenido. En: Delgado JM, Gutiérrez J, eds. *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis Psicología 1994: 177-224.

Nessa J, Malterud K. Discourse analysis in general practice: a sociolinguistic approach. *Fam Pract* 1990; 7: 77-83.

Newcomer JW, Miller LS, Faustman WO, Wetzel MW, Vogler GP, Csernansky JG. Correlations between akathisia and residual psychopathology: a by-product of neuroleptic-induced dysphoria. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 834-838.

Novella EJ. Psiquiatría y filosofía: un panorama histórico y conceptual. *Frenia* 2002; II: 7-31.

O'Brien K. Using focus groups to develop health surveys: an example from research on social relationships and AIDS-preventive behavior. *Health Educ Q* 1993; 20: 361-72.

Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: La entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En: Garcia Ferrando M, Ibañez J, Alvira F, Eds. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial, 1986: 176.

Pérez A, Ballester M, Girón M, Gómez- Beneyto M. Fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio de la escala de evaluación psiquiátrica de Krawiecka. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1989; 17: 111-118.

Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1999; 24: 295-300.

Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311: 42-5.

Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000; 320: 114-6.

Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio con mediante grupos focales. *Aten Primaria* 2002; 29: 366-73.

QRS N'Vivo. 1.2.142 ed. Victoria, Australia: QSR International Pty Ltd. 2000.

Qualitative Research Working Group NHMRC of Australia. Ethical aspects of qualitative methods in health research. An Information paper for institutional ethical committees. Canberra: National Health & Medical Research Council; 1994.

Rice PL, Ezzy D. Theory in qualitative research: Traditions and innovations. *Qualitative Research Methods*. Melbourne: Oxford University Press, 1999: 9-27.

Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 473-9.

Roca M, Cañas F, Olivares JM, Rodríguez A, Giner J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso Clínico Español. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35 (Supl.1): 1-6.

Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe, 1996.

Rogers A, Day JC, Williams B, Randall F, Wood P, Healy D, et al. The meaning and management of neuroleptic medication: a study of patients with a diagnosis of schizophrenia. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1313-23.

Rogers A, Day J, Randall F, Bentall RP. Patients' understanding and participation in a trial designed to improve the management of anti-psychotic medication: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003; 38: 720-7.

Runte-Geidel A, Torres González F, Antonioli C, Garniel Wagner L, Colina Rodiz A, Olivella I, Ortiz N, Gómez-Beneyto M, King M, Solas O. Estudio multicéntrico sobre estigma, necesidades y cuidados de personas con trastornos mentales de larga evolución. *Archivos de Psiquiatría* 2004; 67: 195-210.

Salazar Fraile J, Page B, Gómez Beneyto M. Un estudio etnográfico sobre las conductas de riesgo en el consumo intravenoso de drogas: la comparación entre miami y Valencia. *Archivos de Psiquiatría* 2004; 67: 169-178.

Sanjuán J, Aguilar EJ. Tratamiento de la esquizofrenia resistente. En: Sánchez Planell L, Vallejo Ruiloba J, Menchón Magriñá JM y Díez Quevedo C ed. *Patologías resistentes en psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica, 2005; p. 37-61.

Sanjuán J, Aguilar EJ, González JC. ¿Ha cambiado el pronóstico de la esquizofrenia?. En: Vallejo Ruiloba J. Update psiquiatría. Barcelona: Masson-Elsevier, 2005; p. 53-74.

Sarwer-Foner GJ. The role of neuroleptic medication in psychotherapeutic interaction. *Compr Psychiatry* 1960; 1: 291-300.

Sarwer-Foner GJ, Kerenyi AB. Accumulated experience with transference and counter-transference aspects of the psychotropic drugs, 1953-1960. In: Rothlin F, ed. *Neuropsychopharmacology*. Amsterdam: Elsevier, 1961: 385-391.

Sarwer-Foner GJ. On the mechanisms of action of neuroleptic drugs: a theoretical psychodynamic explanation. *Recent Adv Biol Psychiatry* 1963; 6: 217-32.

Scott Stroup, T, Lieberman, J.A., Mc Evoy, J.P. et al. Effectiveness of Olanzapine, Quetiapine, Risperidone and Ziprasidone in Patients With Chronic Schizophrenia Following Discontinuation of a previous Atypical Antipsychotic. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 611-622.

Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003 Jan; 56: 299-312.

Seoane J. Estilos y tipos de calidad de vida en el cuestionario Sevilla. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27: 245-249.

Sibitz I, Katschnig H, Goessler R, Unger A, Amering M. Pharmacophilia and pharmacophobia: determinants of patient's attitudes towards antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 2005; 38: 107-112.

Silverman D. Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction. London: Sage, 1995.

Singh MM. Dysphoric response to Neuroleptic Treatment in Schizophrenia and its prognostic significance. *Dis Nerv Syst* 1976; 37:191-6.

Singh MM, Kay SR. Dysphoric Response to Neuroleptic Treatment in Schizophrenia: Its relationship to Autonomic Arousal and Prognosis. *Biol Psychiatry* 1979; 14: 277-294.

Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2001 Jun; 15: 127-35.

Stahl SM. Psychopharmacology of antipsychotics. 1st ed. London: Martin Dunitz Ltd. 1999.

Strauss A, Corbin JM. Basics of Qualitative Research: Second Edition: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory Second ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc. 1998.

Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós, 1992.

Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res* 2000; 24: 241-7.

van Os J, Drukker M, à Campo J, Meijer J, Bak M, Delespaul P. Validation of remission criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006; 11: 2000-2.

Van Putten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs?. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31: 67-72.

Van Putten T, May PR. Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy: the consumer has a point. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 477-80.

Van Putten T, May PR, Jenden DJ, Cho AK, Yale C. Plasma and saliva levels of chlorpromazine and subjective response. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 1241-2.

Van Putten T, May PR, Marder SR. Subjective responses to thiothixene and chlorpromazine. *Psychopharmacol Bull* 1980; 16: 36-8.

Van Putten T, May PR, Marder SR, Wittmann LA. Subjective response to antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 187-90.

Van Putten T, May PR, Marder SR. Response to antipsychotic medication: the doctor's and the consumer's view. *Am J Psychiatry* 1984 Jan; 141: 16-9.

Voruganti L, Heslegrave R, Awad AG, Seeman MV. Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychol Med* 1998; 28: 165-72.

Voruganti L, Cortese L, Oyewumi L, Cernovsky Z, Zirul S, Awad A. Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. *Schizophr Res* 2000; 43: 135-45.

Voruganti L, Slomka P, Zabel P, Costa G, So A, Mattar A, et al. Subjective effects of AMPT-induced dopamine depletion in schizophrenia: correlation between dysphoric responses and striatal D(2) binding ratios on SPECT imaging. *Neuropsychopharmacology* 2001; 25: 642-50.

Voruganti LN, Awad AG. Personal evaluation of transitions in treatment (PETiT): a scale to measure subjective aspects of antipsychotic drug therapy in schizophrenia. *Schizophr Res* 2002; 56: 37-46.

Voruganti L, Cortese L, Owyemi L, Kotteda V, Cernovsky Z, Zirul S, et al. Switching from conventional to novel antipsychotic drugs: results of a prospective naturalistic study. *Schizophr Res* 2002; 57: 201-8.

Voruganti L, Awad AG. Neuroleptic dysphoria: towards a new synthesis. *Psychopharmacology (Berl)* 2004; 171: 121-32.

Voruganti LP, Awad AG. Brain imaging research on subjective response to psychotropic drugs. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111 (suppl. 427): 22-28.

Watts J, Priebe S. A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics* 2002 Sep; 16: 439-54.

Weiden PJ, Mann JJ, Dixon L, Haas G, DeChillo N, Frances AJ. Is neuroleptic dysphoria a healthy response? *Compr Psychiatry* 1989; 30: 546-52.

Weiden PJ, Rapkin B, Mott T, Zygmunt A, Goldman D, Horvitz-Lennon M et al. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994; 20: 297-310.

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

Weiden PJ, Mott T, Curcio N. Recognition and management of neuroleptic noncompliance. En: *Contemporary Issues in the Treatment of Sshizophrenia*, ed. Shirqui C. and Nasrallah H. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1995; p 411-434.

Weiden PJ, Aquila R, Emanuel M, Zygmunt A. Long-term considerations after switching antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 19): 36-49.

Weitzman EA. Software and Qualitative Research. En: Denzin NK, Lincoln YS, eds. Handbook of Qualitative Research, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage, 2000: 803-20.

Windgassen K. Treatment with neuroleptics: the patient's perspective. Acta Psychiatr Scand 1992; 86: 405-410.

Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. Am J Psychiatry 2002; 159: 1653-64.

8. ANEXOS

8. ANEXOS

Anexo 1

HOJA REGISTROS ESTUDIO CUALITATIVO ANTIPSICÓTICOS DATOS CUANTITATIVOS

1. DATOS GENERALES

FECHA.....

Nº GRUPO.....

HISTORIA.....

APELLIDOS.....NOMBRE.....

FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD.....

FAMILIAR (Informante).....

TELÉFONOS PACIENTE..... FAMILIAR.....

LUGAR DE RESIDENCIA.....>500.000hab

.....>100.000hab

.....>10.000hab

.....<10.000hab

ESTADO CIVIL.....

CONVIVENCIASólo

.....Familia Origen

.....Familia Propia

.....Institución

.....Otra:

NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADOSin Instrucción

.....EGB / FP1

.....BUP / FP2 / COU

.....Universitarios

SITUACIÓN LABORALActivo

.....Activo parcial complementaria

.....Paro con subsidio autónomo

.....Incapacidad temporal

.....Invalidez permanente

.....Minusvalía

.....Jubilación

ACTIVIDAD LABORALSus labores

.....Ama de casa y actividad

.....Profesión liberal, empresario

.....Funcionario, empleado

.....Directivo

.....Especialista cualificado

.....Obrero

.....Estudiante

CENTRO.....Teléfono.....

PSIQUIATRA RESPONSABLE.....
ENTREVISTADOR.....

2. DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DSM-IV.....
.....
.....

EDAD INICIO DE SÍNTOMAS.....
EDAD PRIMER DIAGNÓSTICO.....

TIEMPO DE EVOLUCIÓN.....

FORMA DE EVOLUCIÓN (utilizar criterios DSM-IV).....
.....
.....

GAF.....

3. TRATAMIENTO

TIEMPO QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO (en años y meses).....

Nº DE INGRESOS.....ALGUNO FORZOSO.....
Nº DE PSIQUIATRAS QUE LE HAN TRATADO.....

DUDAS EN LA CUMPLIMENTACIÓN
NO.....
SÍ.....POR QUÉ.....

TRATAMIENTO ACTUAL
.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTOS ANTIPSICÓTICOS RECIBIDOS (preparado, dosis, tiempo de administración, respuesta)

Preparado	Dosis	Tiempo	Respuesta (Total, Parcial, Nula)
1.....			
2.....			
3.....			
4.....			
5.....			
6.....			

REQUIERE TRATAMIENTO ANTICOLINÉRGICO NO.....SÍ.....

OTROS TRATAMIENTOS NO ANTIPSICÓTICOS
.....
.....
.....

ABANDONOS ESPONTÁNEOS DE LA MEDICACIÓN

NO.....
SÍ.....POR QUÉ.....

HA PARTICIPADO EN TERAPIAS DEREHABILITACIÓN, HABILIDADES SOCIALES

NO.....
SÍ (Especificar).....

ACTITUD EN LA ENTREVISTA

.....
.....
.....
.....
.....

Anexo 2

UKU- Escala de efectos secundarios-

Nombre del paciente.....**Fecha**.....

SÍNTOMAS

N.E.	GRAVEDAD					REL. CAUSAL		
	9	0	1	2	3	Imp.	Ps.	Pb.

EFECTOS PSÍQUICOS

Dificultad concentración.....								
Astenia / Laxitud / Fatigabilidad.....								
Somnolencia / Sedación.....								
Alteraciones mnésicas.....								
Depresión.....								
Tensión / Inquietud.....								
Aumento duración sueño.....								
Disminución duración sueño.....								
Aumento de los sueños.....								
Indiferencia emocional.....								

EFECTOS NEUROLÓGICOS

Distonía.....								
Rigidez.....								
Hipocinesia / Acinesia.....								
Hipercinesia.....								
Temblor.....								
Acatisia.....								
Convulsiones Epilépticas.....								
Parestesias.....								

EFECTOS AUTONÓMICOS

Trastornos acomodación.....								
Aumento salivación.....								
Disminución salivación.....								
Náusea / Vómito.....								
Diarrea.....								
Estreñimiento.....								
Alteraciones micción.....								
Poliuria / Polidipsia.....								
Vértigo ortostático.....								
Palpitaciones / Taquicardia.....								
Aumento sudoración.....								

NE: No evaluable. Imp: Improbable. Ps: Posible. Pb: Probable.

OTROS EFECTOS

Rash morbiliforme.....							
Rash petequiral.....							
Rash urticarial.....							
Rash psoriásico.....							
Rash inclasificable.....							
Prurito.....							
Fotosensibilidad.....							
Aumento de pigmentación.....							
Aumento de peso.....							
Pérdida de peso.....							
Menorragia.....							
Amenorrea.....							
Galactorrea.....							
Ginecomastia.....							
Aumento del deseo sexual.....							
Disminución del deseo sexual.....							
Disfunción eréctil.....							
Disfunción eyaculatoria.....							
Disfunción orgásmica.....							
Disfunción lubricación vaginal.....							
Cefalea tensional.....							
Cefalea migrañosa.....							
Cefalea (otras formas).....							
Dependencia física.....							
Dependencia psíquica.....							

VALORACIÓN DE LA INTERFERENCIA DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DIARIO DEL PACIENTE

- 0- Sin efectos secundarios.....
- 1- Sin interferencia significativa.....
- 2- Interferencia moderada.....
- 3- Interferencia marcada.....

CONSECUENCIA

- 0- Sin efectos secundarios.....
- 1- No reducción de dosis / tratamiento efectos secundarios.....
- 2- Reducción dosis.....
- 3- Retirada medicación o cambio.....

NE: No evaluable. Imp: Improbable. Ps: Posible. Pb: Probable.

Anexo 3**LISTADO NODOS N´VIVO**

NVivo revision 1.2.142

Licensee: Candela

Project: EXSUNE User: Administrator Date: 26/03/2007 - 19:08:21

NODE LISTING

Nodes in Set: All Tree Nodes
 Created: 10/09/2003 - 20:46:34
 Modified: 10/09/2003 - 20:46:34
 Number of Nodes: 833

- 1 (1) /Identificación de los Sujetos
- 2 (1 1) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 1
- 3 (1 1 1) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 1/M° del Mar A
- 4 (1 1 2) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 1/Irene G
- 5 (1 1 3) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 1/José G
- 6 (1 1 4) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 1/Lucas O
- 7 (1 1 5) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 1/José L D
- 8 (1 1 6) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 1/Ángel H
- 9 (1 1 7) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 1/Rafael P
- 10 (1 1 8) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 1/Germán V
- 11 (1 1 9) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 1/Juan José G
- 12 (1 1 10) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 1/Rosa Ll
- 13 (1 1 11) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 1/José P
- 14 (1 2) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 2
- 15 (1 2 1) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 2/Noelia A
- 16 (1 2 2) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 2/José Luis G
- 17 (1 2 3) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 2/Jorge A
- 18 (1 2 4) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 2/Desiderio V
- 19 (1 2 5) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 2/José Antonio B
- 20 (1 2 6) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 2/Francisco José M
- 21 (1 3) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 3
- 22 (1 4) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 4
- 23 (1 4 1) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 4/Vicente R
- 24 (1 4 2) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 4/José Ramón A
- 25 (1 4 3) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 4/Enrique C
- 26 (1 4 4) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 4/Pedro Ll
- 27 (1 4 5) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 4/Margarita A
- 28 (1 4 6) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 4/Francisca G
- 29 (1 4 7) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 4/Ana María T
- 30 (1 4 8) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 4/Joan R
- 31 (1 4 9) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 4/Salvador A
- 32 (1 4 10) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CSM 4/Luis Ch
- 33 (1 5) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 1
- 34 (1 5 1) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 1/Maribel B
- 35 (1 5 2) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 1/Celestino O

- 36 (1 5 3) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 1/Dolores E
37 (1 5 4) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 1/Mª Teresa F
38 (1 5 5) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 1/José Luis S
39 (1 6) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 2
40 (1 6 1) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 2/Enrique C
41 (1 6 2) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 2/Mari Paz M
42 (1 6 3) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 2/Joaquín S
43 (1 6 4) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 2/Adrián T
44 (1 6 5) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 2/David A
45 (1 7) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 3
46 (1 7 1) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 3/Tico
47 (1 7 2) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 3/Mª José
48 (1 7 3) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 3/Chelo
49 (1 7 4) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 3/Francisco
50 (1 7 5) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 3/Montse
51 (1 7 6) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 3/Alejandra
52 (1 7 7) /Identificación de los Sujetos/Sujetos CRIS 3/Jesús
53 (1 8) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 1
54 (1 8 1) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 1/Alfa
55 (1 8 2) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 1/Beta
56 (1 8 3) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 1/Delta
57 (1 8 4) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 1/Jorge A
58 (1 8 5) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 1/Adoración M
59 (1 8 6) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 1/Epsilon
60 (1 8 7) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 1/Kappa
61 (1 8 8) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 1/Omega
62 (1 8 9) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 1/Pi
63 (1 9) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 2
64 (1 9 1) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 2/Jesús C
65 (1 9 2) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 2/José A
66 (1 9 3) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 2/José Manuel C
67 (1 9 4) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 2/Antonia M
68 (1 9 5) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 2/Francisco E
69 (1 9 6) /Identificación de los Sujetos/Sujetos AFEM 2/Cintia M
70 (1 10) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Piso Tutelado
71 (1 10 1) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Piso Tutelado/Andrés L
72 (1 10 2) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Piso Tutelado/Manolo G
73 (1 10 3) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Piso Tutelado/Juan Antonio C
74 (1 10 4) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Piso Tutelado/Gabriel Jesús M
75 (1 10 5) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Piso Tutelado/Ángel S
76 (1 10 6) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Piso Tutelado/Lázaro Manuel E
77 (1 11) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 1
78 (1 11 1) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 1/Javier A
79 (1 11 2) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 1/Juan Antonio S
80 (1 11 3) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 1/Vicente M
81 (1 11 4) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 1/Miguel A
82 (1 11 5) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 1/José Luis V
83 (1 11 6) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 1/Amparo A

84	(1 11 7) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 1/Juan G
85	(1 11 8) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 1/Roberto G
86	(1 12) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 2
87	(1 12 1) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 2/Alberto A
88	(1 12 2) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 2/Antonio C
89	(1 12 3) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 2/Francisco M
90	(1 12 4) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 2/Silvia C
91	(1 12 5) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 2/José Manuel C
92	(1 12 6) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 2/Pedro Pablo D
93	(1 12 7) /Identificación de los Sujetos/Sujetos Residencia 2/Mª Teresa A
94	(2) /Comentarios irrelevantes
95	(3) /Fármacos
96	(3 1) /Fármacos/Antipsicóticos
97	(3 1 1) /Fármacos/Antipsicóticos/Atípicos
98	(3 1 1 1) /Fármacos/Antipsicóticos/Atípicos/Leponex
99	(3 1 1 2) /Fármacos/Antipsicóticos/Atípicos/Risperdal
100	(3 1 1 3) /Fármacos/Antipsicóticos/Atípicos/Serdolect
101	(3 1 1 4) /Fármacos/Antipsicóticos/Atípicos/Seroquel
102	(3 1 1 5) /Fármacos/Antipsicóticos/Atípicos/Zyprexa
103	(3 1 2) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos
104	(3 1 2 1) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Cisordinol
105	(3 1 2 2) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Decentán
106	(3 1 2 3) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Eskazine
107	(3 1 2 4) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Etumina
108	(3 1 2 5) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Haloperidol
109	(3 1 2 6) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Largactil
110	(3 1 2 7) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Lonserén
111	(3 1 2 8) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Meleril
112	(3 1 2 9) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Modecate
113	(3 1 2 10) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Orap
114	(3 1 2 11) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Sinogán
115	(3 1 2 12) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Dogmatil
116	(3 1 2 13) /Fármacos/Antipsicóticos/Típicos/Clopixol
117	(3 2) /Fármacos/Benzodiacepinas
118	(3 3) /Fármacos/Estabilizadores
119	(3 4) /Fármacos/Antidepresivos
120	(3 5) /Fármacos/Anticolinérgicos
121	(3 6) /Fármacos/Otros fármacos
122	(4) /Efectos Simples del Tratamiento
123	(4 1) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples Positivos
124	(4 1 1) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples Positivos/Tranquilizante
125	(4 1 2) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples Positivos/Facilitador del sueño
126	(4 1 3) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples Positivos/Antipsicótico
127	(4 1 3 1) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples Positivos /Antipsicótico
	/Antipsicótico S Positivos
128	(4 1 3 2) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples Positivos /Antipsicótico
	/Antipsicótico S Negativos
129	(4 1 4) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples Positivos /Efecto Antidepresivo

ANEXOS

130	(4 1 5) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples Positivos/Mejora de efectos extrapiramidales
131	(4 1 6) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples Positivos /Otros Efectos Simples Positivos
132	(4 2) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos
133	(4 2 1) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos /Fatiga, sedación, somnolencia
134	(4 2 2) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Falta de motivación o iniciativa
135	(4 2 3) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/ Disfunción cognitiva
136	(4 2 4) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Ansiedad
137	(4 2 5) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Depresión
138	(4 2 6) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Habitación, dependencia
139	(4 2 8) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Fumar más
140	(4 2 9) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Aumento del apetito y el peso
141	(4 2 10) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Hiperglucemia
142	(4 2 11) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Disfunción sexual
143	(4 2 12) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Mareo - Inestabilidad
144	(4 2 13) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Cefaleas
145	(4 2 14) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Acatisia
146	(4 2 15) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Parkinsonismo
147	(4 2 16) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Hipersalivación
148	(4 2 17) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Anticolinérgicos
149	(4 2 18) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Galactorrea - Amenorrea
150	(4 2 19) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Gastrointestinales
151	(4 2 20) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Fotosensibilidad
152	(4 2 21) /Efectos Simples del Tratamiento/Efectos Simples negativos/Otros efectos simples negativos
153	(4 3) /Efectos Simples del Tratamiento/Otros Efectos Simples
154	(5) /Efectos Complejos del Tratamiento
155	(5 1) /Efectos Complejos del Tratamiento/Efectos Positivos Complejos
156	(5 1 1) /Efectos Complejos del Tratamiento/Efectos Positivos Complejos/Socialización
157	(5 1 2) /Efectos Complejos del Tratamiento/Efectos Positivos Complejos/Estabilidad
158	(5 1 3) /Efectos Complejos del Tratamiento/Efectos Positivos Complejos/Prevención de recaídas
159	(5 1 4) /Efectos Complejos del Tratamiento/Efectos Positivos Complejos/Mejoría global
160	(5 1 5) /Efectos Complejos del Tratamiento/Efectos Positivos Complejos/Otros efectos positivos complejos
161	(5 2) /Efectos Complejos del Tratamiento/Efectos negativos complejos
162	(5 2 1) /Efectos Complejos del Tratamiento/Efectos negativos complejos/Negativo Global
163	(5 2 2) /Efectos Complejos del Tratamiento/Efectos negativos complejos/Otros efectos negativos complejos
164	(5 3) /Efectos Complejos del Tratamiento/Otros efectos complejos
165	(6) /Ausencia de eficacia
166	(7) /Ausencia de Efectos Secundarios
167	(8) /Ef de la medicacion en el tiempo
168	(8 1) /Ef de la medicacion en el tiempo/Generales
169	(8 1 1) /Ef de la medicacion en el tiempo/Generales/Positivos

170	(8 1 2) /Ef de la medicacion en el tiempo/Generales/Negativos
171	(8 1 3) /Ef de la medicacion en el tiempo/Generales/Otros efectos generales
172	(8 2) /Ef de la medicacion en el tiempo/Tolerancia
173	(8 2 1) /Ef de la medicacion en el tiempo/Tolerancia/Tolerancia a los efectos positivos
174	(8 2 2) /Ef de la medicacion en el tiempo/Tolerancia/Tolerancia a los efectos secundarios
175	(9) /Limitaciones del tratamiento
176	(9 1) /Limitaciones del tratamiento/Eficacia insuficiente
177	(9 2) /Limitaciones del tratamiento/Efectos secundarios
178	(9 3) /Limitaciones del tratamiento/No integración~rehabilitación
179	(9 4) /Limitaciones del tratamiento/Tratamiento forzado
180	(9 5) /Limitaciones del tratamiento/Otras limitaciones
181	(10) /Comparación entre fármacos
182	(10 1) /Comparación entre fármacos/Comparación Tipicos vs Atipicos
183	(10 1 1) /Comparación entre fármacos/Comparación Tipicos vs Atipicos/Favorable a Típicos
184	(10 1 2) /Comparación entre fármacos/Comparación Tipicos vs Atipicos/Favorable a Atípicos
185	(10 1 2 1) /Comparación entre fármacos/Comparación Tipicos vs Atipicos/Favorable a Atípicos/Favorable a Leponex
186	(10 1 2 2) /Comparación entre fármacos/Comparación Tipicos vs Atipicos/Favorable a Atípicos/Favorable a Risperdal
187	(10 1 2 3) /Comparación entre fármacos/Comparación Tipicos vs Atipicos/Favorable a Atípicos/Favorable a Serdolect
188	(10 1 2 4) /Comparación entre fármacos/Comparación Tipicos vs Atipicos/Favorable a Atípicos/Favorable a Seroquel
189	(10 1 2 5) /Comparación entre fármacos/Comparación Tipicos vs Atipicos/Favorable a Atípicos/Favorable a Zyprexa
190	(10 2) /Comparación entre fármacos/Comparación Atípicos entre sí
191	(10 2 1) /Comparación entre fármacos/Comparación Atípicos entre sí/Favorable a Leponex
192	(10 2 2) /Comparación entre fármacos/Comparación Atípicos entre sí/Favorable a Risperdal
193	(10 2 3) /Comparación entre fármacos/Comparación Atípicos entre sí/Favorable a Serdolect
194	(10 2 4) /Comparación entre fármacos/Comparación Atípicos entre sí/Favorable a Seroquel
195	(10 2 5) /Comparación entre fármacos/Comparación Atípicos entre sí/Favorable a Zyprexa
196	(10 3) /Comparación entre fármacos/Comparación Típicos entre sí
197	(10 4) /Comparación entre fármacos/Otras Comparaciones
198	(10 5) /Comparación entre fármacos/Imposibilidad de comparación
199	(11) /Causas de adherencia al tratamiento
200	(11 1) /Causas de adherencia al tratamiento/Efectos positivos
201	(11 1 1) /Causas de adherencia al tratamiento/Efectos positivos/Efectos positivos simples
202	(11 1 2) /Causas de adherencia al tratamiento/Efectos positivos/Efectos positivos complejos
203	(11 2) /Causas de adherencia al tratamiento/Influencia del contexto
204	(11 2 1) /Causas de adherencia al tratamiento/Influencia del contexto/Contexto socio-familiar
205	(11 2 2) /Causas de adherencia al tratamiento/Influencia del contexto/Contexto Terapéutico
206	(11 3) /Causas de adherencia al tratamiento/Relacionadas con actitudes
207	(11 4) /Causas de adherencia al tratamiento/Otras causas
208	(12) /Causas de Abandono del Tratamiento
209	(12 1) /Causas de Abandono del Tratamiento/Eficacia Insuficiente
210	(12 2) /Causas de Abandono del Tratamiento/Eficacia Nula

211	(12 3) /Causas de Abandono del Tratamiento/Efectos Negativos
212	(12 3 1) /Causas de Abandono del Tratamiento/Efectos Negativos/Efectos Negativos Simples
213	(12 3 2) /Causas de Abandono del Tratamiento/Efectos Negativos/Efectos Negativos Complejos
214	(12 4) /Causas de Abandono del Tratamiento/Relacionadas con la pauta
215	(12 5) /Causas de Abandono del Tratamiento/Relacionadas con actitudes
216	(12 6) /Causas de Abandono del Tratamiento/Otras causas de abandono
217	(13) /Causas de retirada del tratamiento
218	(13 1) /Causas de retirada del tratamiento/Mejoría
219	(13 2) /Causas de retirada del tratamiento/Efectos secundarios
220	(13 3) /Causas de retirada del tratamiento/Eficacia insuficiente o nula
221	(13 4) /Causas de retirada del tratamiento/Desconocidos por el sujeto
222	(13 5) /Causas de retirada del tratamiento/Otras causas
223	(14) /Consecuencias del abandono-retirada
224	(14 1) /Consecuencias del abandono-retirada/Mejoría
225	(14 2) /Consecuencias del abandono-retirada/Empeoramiento
226	(14 3) /Consecuencias del abandono-retirada/Síntomas de Abstinencia
227	(14 4) /Consecuencias del abandono-retirada/Ninguna Consecuencia
228	(14 11) /Consecuencias del abandono-retirada/Otras consecuencias
229	(15) /Causas de recaída no rel con la med
230	(16) /Tratamiento Ideal
231	(16 1) /Tratamiento Ideal/Mayor eficacia
232	(16 1 1) /Tratamiento Ideal/Mayor eficacia/Mayor eficacia S positivos
233	(16 1 2) /Tratamiento Ideal/Mayor eficacia/Mayor eficacia S negativos
234	(16 1 3) /Tratamiento Ideal/Mayor eficacia/Mayor eficacia ansiolítica
235	(16 1 4) /Tratamiento Ideal/Mayor eficacia/Mayor eficacia Otros
236	(16 2) /Tratamiento Ideal/Curación
237	(16 3) /Tratamiento Ideal/Efectos Utópicos
238	(16 4) /Tratamiento Ideal/Mejor tolerancia
239	(16 5) /Tratamiento Ideal/Tratamiento cómodo
240	(16 6) /Tratamiento Ideal/Efectos de otras sustancias
241	(16 6 1) /Tratamiento Ideal/Efectos de otras sustancias/Tranquilizantes
242	(16 6 2) /Tratamiento Ideal/Efectos de otras sustancias/Estimulantes
243	(16 6 3) /Tratamiento Ideal/Efectos de otras sustancias/Sustancias naturales
244	(16 6 4) /Tratamiento Ideal/Efectos de otras sustancias/Otras sustancias
245	(16 7) /Tratamiento Ideal/Libertad de elección
246	(16 8) /Tratamiento Ideal/Personalizado
247	(16 9) /Tratamiento Ideal/Ningún tratamiento
248	(16 10) /Tratamiento Ideal/Tratamiento no farmacológico
249	(16 11) /Tratamiento Ideal/Otro tratamiento ideal
250	(17) /Relación Terapéutica
251	(17 1) /Relación Terapéutica/Relación terapeuta
252	(17 2) /Relación Terapéutica/Relación contexto
253	(18) /Actitudes, creencias, expectativas~
254	(18 1) /Actitudes, creencias, expectativas~/Actitudes vida y sociedad
255	(18 2) /Actitudes, creencias, expectativas~/Actitudes medicina
256	(18 3) /Actitudes, creencias, expectativas~/Actitudes Psiquiatría
257	(18 4) /Actitudes, creencias, expectativas~/Actitudes enfermedad
258	(18 5) /Actitudes, creencias, expectativas~/Actitudes Medicación

259	(18 5 1) /Actitudes, creencias, expectativas~/Actitudes Medicación/Actitudes Medicación Positiva
260	(18 5 2) /Actitudes, creencias, expectativas~/Actitudes Medicación/Actitudes Medicación Negativa
261	(18 5 3) /Actitudes, creencias, expectativas~/Actitudes Medicación/Actitudes Medicación Ambivalente
262	(18 5 4) /Actitudes, creencias, expectativas~/Actitudes Medicación/Actitudes Medicación~La medicación c
263	(18 5 5) /Actitudes, creencias, expectativas~/Actitudes Medicación/Otras actitudes hacia la medicación
264	(19) /Relatos autobiográficos
265	(19 1) /Relatos autobiográficos/Relatos Cronológicos
266	(19 2) /Relatos autobiográficos/Relatos Fenomenológicos
267	(19 3) /Relatos autobiográficos/Etiqueta diagnóstica
268	(20) /Metáforas
269	(21) /Search Results
270	(21 1) /Search Results/Intersection
271	(21 2) /Search Results/Matrix Intersection
272	(21 2 1) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[1,1]
273	(21 2 2) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[2,1]
274	(21 2 3) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[3,1]
275	(21 2 4) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[4,1]
276	(21 2 5) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[5,1]
277	(21 2 6) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[6,1]
278	(21 2 7) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[7,1]
279	(21 2 8) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[8,1]
280	(21 2 9) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[9,1]
281	(21 2 10) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[10,1]
282	(21 2 11) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[11,1]
283	(21 2 12) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[12,1]
284	(21 2 13) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[13,1]
285	(21 2 14) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[14,1]
286	(21 2 15) /Search Results/Matrix Intersection/Matriz Intersection[15,1]
287	(21 2 16) /Search Results/Matrix Intersection/Matrix Intersection[16,1]
288	(21 2 17) /Search Results/Matrix Intersection/Matrix Intersection[17,1]
289	(21 2 18) /Search Results/Matrix Intersection/Matrix Intersection[18,1]
290	(21 2 19) /Search Results/Matrix Intersection/Matrix Intersection[19,1]
291	(21 2 20) /Search Results/Matrix Intersection/Matrix Intersection[20,1]
292	(21 2 21) /Search Results/Matrix Intersection/Matrix Intersection[21,1]
293	(21 3) /Search Results/Matrix Intersection 2
294	(21 3 1) /Search Results/Matrix Intersection 2/Matrix Intersection 2[1,1]
295	(21 3 2) /Search Results/Matrix Intersection 2/Matrix Intersection 2[2,1]
296	(21 3 3) /Search Results/Matrix Intersection 2/Matrix Intersection 2[3,1]
297	(21 3 4) /Search Results/Matrix Intersection 2/Matrix Intersection 2[4,1]
298	(21 3 5) /Search Results/Matrix Intersection 2/Matrix Intersection 2[5,1]
299	(21 3 6) /Search Results/Matrix Intersection 2/Matrix Intersection 2[6,1]
300	(21 3 7) /Search Results/Matrix Intersection 2/Matrix Intersection 2[7,1]
301	(21 3 8) /Search Results/Matrix Intersection 2/Matrix Intersection 2[8,1]

302	(21 3 9) /Search Results/Matrix Intersection 2/Matrix Intersection2[9,1]
303	(21 3 10) /Search Results/Matrix Intersection 2/MatrixIntersection 2[10,1]
304	(21 3 11) /Search Results/Matrix Intersection 2/MatrixIntersection 2[11,1]
305	(21 3 12) /Search Results/Matrix Intersection 2/MatrixIntersection 2[12,1]
306	(21 3 13) /Search Results/Matrix Intersection 2/MatrixIntersection 2[13,1]
307	(21 3 14) /Search Results/Matrix Intersection 2/MatrixIntersection 2[14,1]
308	(21 3 15) /Search Results/Matrix Intersection 2/MatrixIntersection 2[15,1]
309	(21 3 16) /Search Results/Matrix Intersection 2/MatrixIntersection 2[16,1]
310	(21 3 17) /Search Results/Matrix Intersection 2/MatrixIntersection 2[17,1]
311	(21 3 18) /Search Results/Matrix Intersection 2/MatrixIntersection 2[18,1]
312	(21 3 19) /Search Results/Matrix Intersection 2/MatrixIntersection 2[19,1]
313	(21 3 20) /Search Results/Matrix Intersection 2/MatrixIntersection 2[20,1]
314	(21 3 21) /Search Results/Matrix Intersection 2/MatrixIntersection 2[21,1]
315	(21 4) /Search Results/Matrix Intersection 3
316	(21 4 1) /Search Results/Matrix Intersection 3/Matrix Intersection3[1,1]
317	(21 4 2) /Search Results/Matrix Intersection 3/Matrix Intersection3[1,2]
318	(21 4 3) /Search Results/Matrix Intersection 3/Matrix Intersection3[2,1]
319	(21 4 4) /Search Results/Matrix Intersection 3/Matrix Intersection3[2,2]
320	(21 4 5) /Search Results/Matrix Intersection 3/Matrix Intersection3[3,1]
321	(21 4 6) /Search Results/Matrix Intersection 3/Matrix Intersection3[3,2]
322	(21 4 7) /Search Results/Matrix Intersection 3/Matrix Intersection3[4,1]
323	(21 4 8) /Search Results/Matrix Intersection 3/Matrix Intersection3[4,2]
324	(21 4 9) /Search Results/Matrix Intersection 3/Matrix Intersection3[5,1]
325	(21 4 10) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[5,2]
326	(21 4 11) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[6,1]
327	(21 4 12) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[6,2]
328	(21 4 13) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[7,1]
329	(21 4 14) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[7,2]
330	(21 4 15) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[8,1]
331	(21 4 16) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[8,2]
332	(21 4 17) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[9,1]
333	(21 4 18) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[9,2]
334	(21 4 19) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[10,1]
335	(21 4 20) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[10,2]
336	(21 4 21) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[11,1]
337	(21 4 22) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[11,2]
338	(21 4 23) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[12,1]
339	(21 4 24) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[12,2]
340	(21 4 25) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[13,1]
341	(21 4 26) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[13,2]
342	(21 4 27) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[14,1]
343	(21 4 28) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[14,2]
344	(21 4 29) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[15,1]
345	(21 4 30) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[15,2]
346	(21 4 31) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[16,1]
347	(21 4 32) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[16,2]
348	(21 4 33) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[17,1]
349	(21 4 34) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[17,2]

350	(21 4 35) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[18,1]
351	(21 4 36) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[18,2]
352	(21 4 37) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[19,1]
353	(21 4 38) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[19,2]
354	(21 4 39) /Search Results/Matrix Intersection 3/Matrix Intersection 3[20,1]
355	(21 4 40) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[20,2]
356	(21 4 41) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[21,1]
357	(21 4 42) /Search Results/Matrix Intersection 3/MatrixIntersection 3[21,2]
358	(21 5) /Search Results/Matrix Intersection 4
359	(21 5 1) /Search Results/Matrix Intersection 4/Matrix Intersection4[1,1]
360	(21 5 2) /Search Results/Matrix Intersection 4/Matrix Intersection4[1,2]
361	(21 5 3) /Search Results/Matrix Intersection 4/Matrix Intersection4[1,3]
362	(21 5 4) /Search Results/Matrix Intersection 4/Matrix Intersection4[2,1]
363	(21 5 5) /Search Results/Matrix Intersection 4/Matrix Intersection4[2,2]
364	(21 5 6) /Search Results/Matrix Intersection 4/Matrix Intersection4[2,3]
365	(21 5 7) /Search Results/Matrix Intersection 4/Matrix Intersection4[3,1]
366	(21 5 8) /Search Results/Matrix Intersection 4/Matrix Intersection4[3,2]
367	(21 5 9) /Search Results/Matrix Intersection 4/Matrix Intersection4[3,3]
368	(21 5 10) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[4,1]
369	(21 5 11) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[4,2]
370	(21 5 12) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[4,3]
371	(21 5 13) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[5,1]
372	(21 5 14) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[5,2]
373	(21 5 15) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[5,3]
374	(21 5 16) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[6,1]
375	(21 5 17) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[6,2]
376	(21 5 18) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[6,3]
377	(21 5 19) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[7,1]
378	(21 5 20) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[7,2]
379	(21 5 21) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[7,3]
380	(21 5 22) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[8,1]
381	(21 5 23) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[8,2]
382	(21 5 24) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[8,3]
383	(21 5 25) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[9,1]
384	(21 5 26) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[9,2]
385	(21 5 27) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[9,3]
386	(21 5 28) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[10,1]
387	(21 5 29) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[10,2]
388	(21 5 30) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[10,3]
389	(21 5 31) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[11,1]
390	(21 5 32) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[11,2]
391	(21 5 33) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[11,3]
392	(21 5 34) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[12,1]
393	(21 5 35) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[12,2]
394	(21 5 36) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[12,3]
395	(21 5 37) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[13,1]
396	(21 5 38) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[13,2]
397	(21 5 39) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[13,3]

398	(21 5 40) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[14,1]
399	(21 5 41) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[14,2]
400	(21 5 42) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[14,3]
401	(21 5 43) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[15,1]
402	(21 5 44) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[15,2]
403	(21 5 45) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[15,3]
404	(21 5 46) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[16,1]
405	(21 5 47) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[16,2]
406	(21 5 48) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[16,3]
407	(21 5 49) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[17,1]
408	(21 5 50) /Search Results/Matrix Intersection 4/Matrix Intersection 4[17,2]
409	(21 5 51) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[17,3]
410	(21 5 52) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[18,1]
411	(21 5 53) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[18,2]
412	(21 5 54) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[18,3]
413	(21 5 55) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[19,1]
414	(21 5 56) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[19,2]
415	(21 5 57) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[19,3]
416	(21 5 58) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[20,1]
417	(21 5 59) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[20,2]
418	(21 5 60) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[20,3]
419	(21 5 61) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[21,1]
420	(21 5 62) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[21,2]
421	(21 5 63) /Search Results/Matrix Intersection 4/MatrixIntersection 4[21,3]
422	(21 6) /Search Results/Matrix Intersection 5
423	(21 6 1) /Search Results/Matrix Intersection 5/Matrix Intersection5[1,1]
424	(21 6 2) /Search Results/Matrix Intersection 5/Matrix Intersection5[2,1]
425	(21 6 3) /Search Results/Matrix Intersection 5/Matrix Intersection5[3,1]
426	(21 6 4) /Search Results/Matrix Intersection 5/Matrix Intersection5[4,1]
427	(21 6 5) /Search Results/Matrix Intersection 5/Matrix Intersection5[5,1]
428	(21 6 6) /Search Results/Matrix Intersection 5/Matrix Intersection5[6,1]
429	(21 6 7) /Search Results/Matrix Intersection 5/Matrix Intersection5[7,1]
430	(21 6 8) /Search Results/Matrix Intersection 5/Matrix Intersection5[8,1]
431	(21 6 9) /Search Results/Matrix Intersection 5/Matrix Intersection5[9,1]
432	(21 6 10) /Search Results/Matrix Intersection 5/MatrixIntersection 5[10,1]
433	(21 6 11) /Search Results/Matrix Intersection 5/MatrixIntersection 5[11,1]
434	(21 6 12) /Search Results/Matrix Intersection 5/MatrixIntersection 5[12,1]
435	(21 6 13) /Search Results/Matrix Intersection 5/MatrixIntersection 5[13,1]
436	(21 6 14) /Search Results/Matrix Intersection 5/MatrixIntersection 5[14,1]
437	(21 6 15) /Search Results/Matrix Intersection 5/MatrixIntersection 5[15,1]
438	(21 6 16) /Search Results/Matrix Intersection 5/MatrixIntersection 5[16,1]
439	(21 6 17) /Search Results/Matrix Intersection 5/MatrixIntersection 5[17,1]
440	(21 6 18) /Search Results/Matrix Intersection 5/MatrixIntersection 5[18,1]
441	(21 6 19) /Search Results/Matrix Intersection 5/MatrixIntersection 5[19,1]
442	(21 6 20) /Search Results/Matrix Intersection 5/MatrixIntersection 5[20,1]
443	(21 6 21) /Search Results/Matrix Intersection 5/MatrixIntersection 5[21,1]
444	(21 7) /Search Results/Matrix Intersection 6
445	(21 7 1) /Search Results/Matrix Intersection 6/Matrix Intersection6[1,1]

494	(21 7 50) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[17,2]
495	(21 7 51) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[17,3]
496	(21 7 52) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[18,1]
497	(21 7 53) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[18,2]
498	(21 7 54) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[18,3]
499	(21 7 55) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[19,1]
500	(21 7 56) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[19,2]
501	(21 7 57) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[19,3]
502	(21 7 58) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[20,1]
503	(21 7 59) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[20,2]
504	(21 7 60) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[20,3]
505	(21 7 61) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[21,1]
506	(21 7 62) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[21,2]
507	(21 7 63) /Search Results/Matrix Intersection 6/MatrixIntersection 6[21,3]
508	(21 8) /Search Results/Matrix Intersection 7
509	(21 8 1) /Search Results/Matrix Intersection 7/Matrix Intersection7[1,1]
510	(21 8 2) /Search Results/Matrix Intersection 7/Matrix Intersection7[1,2]
511	(21 8 3) /Search Results/Matrix Intersection 7/Matrix Intersection7[2,1]
512	(21 8 4) /Search Results/Matrix Intersection 7/Matrix Intersection7[2,2]
513	(21 8 5) /Search Results/Matrix Intersection 7/Matrix Intersection7[3,1]
514	(21 8 6) /Search Results/Matrix Intersection 7/Matrix Intersection7[3,2]
515	(21 8 7) /Search Results/Matrix Intersection 7/Matrix Intersection7[4,1]
516	(21 8 8) /Search Results/Matrix Intersection 7/Matrix Intersection7[4,2]
517	(21 8 9) /Search Results/Matrix Intersection 7/Matrix Intersection7[5,1]
518	(21 8 10) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[5,2]
519	(21 8 11) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[6,1]
520	(21 8 12) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[6,2]
521	(21 8 13) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[7,1]
522	(21 8 14) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[7,2]
523	(21 8 15) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[8,1]
524	(21 8 16) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[8,2]
525	(21 8 17) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[9,1]
526	(21 8 18) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[9,2]
527	(21 8 19) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[10,1]
528	(21 8 20) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[10,2]
529	(21 8 21) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[11,1]
530	(21 8 22) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[11,2]
531	(21 8 23) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[12,1]
532	(21 8 24) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[12,2]
533	(21 8 25) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[13,1]
534	(21 8 26) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[13,2]
535	(21 8 27) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[14,1]
536	(21 8 28) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[14,2]
537	(21 8 29) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[15,1]
538	(21 8 30) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[15,2]
539	(21 8 31) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[16,1]
540	(21 8 32) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[16,2]
541	(21 8 33) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[17,1]

542	(21 8 34) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[17,2]
543	(21 8 35) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[18,1]
544	(21 8 36) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[18,2]
545	(21 8 37) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[19,1]
546	(21 8 38) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[19,2]
547	(21 8 39) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[20,1]
548	(21 8 40) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[20,2]
549	(21 8 41) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[21,1]
550	(21 8 42) /Search Results/Matrix Intersection 7/MatrixIntersection 7[21,2]
551	(21 9) /Search Results/Matrix Intersection 8
552	(21 9 1) /Search Results/Matrix Intersection 8/Matrix Intersection8[1,1]
553	(21 9 2) /Search Results/Matrix Intersection 8/Matrix Intersection8[1,2]
554	(21 9 3) /Search Results/Matrix Intersection 8/Matrix Intersection8[1,3]
555	(21 9 4) /Search Results/Matrix Intersection 8/Matrix Intersection8[2,1]
556	(21 9 5) /Search Results/Matrix Intersection 8/Matrix Intersection8[2,2]
557	(21 9 6) /Search Results/Matrix Intersection 8/Matrix Intersection8[2,3]
558	(21 9 7) /Search Results/Matrix Intersection 8/Matrix Intersection8[3,1]
559	(21 9 8) /Search Results/Matrix Intersection 8/Matrix Intersection8[3,2]
560	(21 9 9) /Search Results/Matrix Intersection 8/Matrix Intersection8[3,3]
561	(21 9 10) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[4,1]
562	(21 9 11) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[4,2]
563	(21 9 12) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[4,3]
564	(21 9 13) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[5,1]
565	(21 9 14) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[5,2]
566	(21 9 15) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[5,3]
567	(21 9 16) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[6,1]
568	(21 9 17) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[6,2]
569	(21 9 18) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[6,3]
570	(21 9 19) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[7,1]
571	(21 9 20) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[7,2]
572	(21 9 21) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[7,3]
573	(21 9 22) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[8,1]
574	(21 9 23) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[8,2]
575	(21 9 24) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[8,3]
576	(21 9 25) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[9,1]
577	(21 9 26) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[9,2]
578	(21 9 27) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[9,3]
579	(21 9 28) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[10,1]
580	(21 9 29) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[10,2]
581	(21 9 30) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[10,3]
582	(21 9 31) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[11,1]
583	(21 9 32) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[11,2]
584	(21 9 33) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[11,3]
585	(21 9 34) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[12,1]
586	(21 9 35) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[12,2]
587	(21 9 36) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[12,3]
588	(21 9 37) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[13,1]
589	(21 9 38) /Search Results/Matrix Intersection 8/MatrixIntersection 8[13,2]

686	(21 11 7) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,7]
687	(21 11 8) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,8]
688	(21 11 9) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,9]
689	(21 11 10) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,10]
690	(21 11 11) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,11]
691	(21 11 12) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,12]
692	(21 11 13) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,13]
693	(21 11 14) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,14]
694	(21 11 15) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,15]
695	(21 11 16) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,16]
696	(21 11 17) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,17]
697	(21 11 18) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,18]
698	(21 11 19) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,19]
699	(21 11 20) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,20]
700	(21 11 21) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,21]
701	(21 11 22) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,22]
702	(21 11 23) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,23]
703	(21 11 24) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,24]
704	(21 11 25) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,25]
705	(21 11 26) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,26]
706	(21 11 27) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,27]
707	(21 11 28) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,28]
708	(21 11 29) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,29]
709	(21 11 30) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,30]
710	(21 11 31) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,31]
711	(21 11 32) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,32]
712	(21 11 33) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,33]
713	(21 11 34) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,34]
714	(21 11 35) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,35]
715	(21 11 36) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,36]
716	(21 11 37) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,37]
717	(21 11 38) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,38]
718	(21 11 39) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,39]
719	(21 11 40) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,40]
720	(21 11 41) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,41]
721	(21 11 42) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,42]
722	(21 11 43) /Search Results/Matrix Intersection 10/MatrixIntersection 10[1,43]
723	(21 12) /Search Results/Matrix Intersection 11
724	(21 12 1) /Search Results/Matrix Intersection 11/Matri Intersection 11[1,1]
725	(21 12 2) /Search Results/Matrix Intersection 11/MatrixIntersection 11[1,2]
726	(21 12 3) /Search Results/Matrix Intersection 11/MatrixIntersection 11[1,3]
727	(21 13) /Search Results/Matrix Intersection 12
728	(21 13 1) /Search Results/Matrix Intersection 12/MatrixIntersection 12[1,1]
729	(21 13 2) /Search Results/Matrix Intersection 12/MatrixIntersection 12[1,2]
730	(21 13 3) /Search Results/Matrix Intersection 12/MatrixIntersection 12[1,3]
731	(21 14) /Search Results/Intersection 2
732	(21 15) /Search Results/Intersection 3
733	(21 16) /Search Results/Intersection 4

734	(21 17) /Search Results/Intersection 5
735	(21 18) /Search Results/Intersection 6
736	(21 19) /Search Results/Intersection 7
737	(21 20) /Search Results/Intersection 8
738	(21 21) /Search Results/Intersection 9
739	(21 22) /Search Results/Intersection 10
740	(21 23) /Search Results/Intersection 11
741	(21 24) /Search Results/Intersection 12
742	(21 25) /Search Results/Intersection 13
743	(21 26) /Search Results/Intersection 14
744	(21 27) /Search Results/Intersection 15
745	(21 28) /Search Results/Matrix Co-occurrence
746	(21 28 1) /Search Results/Matrix Co-occurrence/MatrixCo-occurrence[1,1]
747	(21 28 2) /Search Results/Matrix Co-occurrence/MatrixCo-occurrence[2,1]
748	(21 29) /Search Results/Matrix Co-occurrence 2
749	(21 29 1) /Search Results/Matrix Co-occurrence 2/MatrixCo-occurrence 2[1,1]
750	(21 29 2) /Search Results/Matrix Co-occurrence 2/MatrixCo-occurrence 2[2,1]
751	(21 30) /Search Results/Matrix Co-occurrence 3
752	(21 30 1) /Search Results/Matrix Co-occurrence 3/MatrixCo-occurrence 3[1,1]
753	(21 30 2) /Search Results/Matrix Co-occurrence 3/Matri Co-occurrence 3[1,2]
754	(21 30 3) /Search Results/Matrix Co-occurrence 3/MatrixCo-occurrence 3[1,3]
755	(21 30 4) /Search Results/Matrix Co-occurrence 3/MatrixCo-occurrence 3[1,4]
756	(21 30 5) /Search Results/Matrix Co-occurrence 3/MatrixCo-occurrence 3[2,1]
757	(21 30 6) /Search Results/Matrix Co-occurrence 3/MatrixCo-occurrence 3[2,2]
758	(21 30 7) /Search Results/Matrix Co-occurrence 3/MatrixCo-occurrence 3[2,3]
759	(21 30 8) /Search Results/Matrix Co-occurrence 3/MatrixCo-occurrence 3[2,4]
760	(21 31) /Search Results/Matrix Co-occurrence 4
761	(21 31 1) /Search Results/Matrix Co-occurrence 4/MatrixCo-occurrence 4[1,1]
762	(21 31 2) /Search Results/Matrix Co-occurrence 4/MatrixCo-occurrence 4[1,2]
763	(21 31 3) /Search Results/Matrix Co-occurrence 4/MatrixCo-occurrence 4[1,3]
764	(21 31 4) /Search Results/Matrix Co-occurrence 4/MatrixCo-occurrence 4[1,4]
765	(21 31 5) /Search Results/Matrix Co-occurrence 4/MatrixCo-occurrence 4[2,1]
766	(21 31 6) /Search Results/Matrix Co-occurrence 4/MatrixCo-occurrence 4[2,2]
767	(21 31 7) /Search Results/Matrix Co-occurrence 4/MatrixCo-occurrence 4[2,3]
768	(21 31 8) /Search Results/Matrix Co-occurrence 4/MatrixCo-occurrence 4[2,4]
769	(21 32) /Search Results/Matrix Co-occurrence 5
770	(21 32 1) /Search Results/Matrix Co-occurrence 5/MatrixCo-occurrence 5[1,1]
771	(21 32 2) /Search Results/Matrix Co-occurrence 5/MatrixCo-occurrence 5[1,2]
772	(21 32 3) /Search Results/Matrix Co-occurrence 5/MatrixCo-occurrence 5[1,3]
773	(21 32 4) /Search Results/Matrix Co-occurrence 5/MatrixCo-occurrence 5[1,4]
774	(21 32 5) /Search Results/Matrix Co-occurrence 5/MatrixCo-occurrence 5[2,1]
775	(21 32 6) /Search Results/Matrix Co-occurrence 5/MatrixCo-occurrence 5[2,2]
776	(21 32 7) /Search Results/Matrix Co-occurrence 5/MatrixCo-occurrence 5[2,3]
777	(21 32 8) /Search Results/Matrix Co-occurrence 5/MatrixCo-occurrence 5[2,4]
778	(21 33) /Search Results/Matrix Co-occurrence 6
779	(21 33 1) /Search Results/Matrix Co-occurrence 6/MatrixCo-occurrence 6[1,1]
780	(21 33 2) /Search Results/Matrix Co-occurrence 6/MatrixCo-occurrence 6[1,2]
781	(21 33 3) /Search Results/Matrix Co-occurrence 6/MatrixCo-occurrence 6[1,3]

782	(21 33 4) /Search Results/Matrix Co-occurrence 6/MatrixCo-occurrence 6[1,4]
783	(21 33 5) /Search Results/Matrix Co-occurrence 6/MatrixCo-occurrence 6[2,1]
784	(21 33 6) /Search Results/Matrix Co-occurrence 6/MatrixCo-occurrence 6[2,2]
785	(21 33 7) /Search Results/Matrix Co-occurrence 6/MatrixCo-occurrence 6[2,3]
786	(21 33 8) /Search Results/Matrix Co-occurrence 6/MatrixCo-occurrence 6[2,4]
787	(21 34) /Search Results/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS
788	(21 34 1) /Search Results/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS[1,1]
789	(21 34 2) /Search Results/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS[1,2]
790	(21 34 3) /Search Results/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS[1,3]
791	(21 34 4) /Search Results/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS[1,4]
792	(21 34 5) /Search Results/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS[2,1]
793	(21 34 6) /Search Results/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS[2,2]
794	(21 34 7) /Search Results/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS[2,3]
795	(21 34 8) /Search Results/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS/EFECTOS TIPICOS y ATIPIICOS[2,4]
796	(21 35) /Search Results/Intersection 16
797	(21 36) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7
798	(21 36 1) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7/MatrixCo-occurrence 7[1,1]
799	(21 36 2) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7/MatrixCo-occurrence 7[1,2]
800	(21 36 3) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7/MatrixCo-occurrence 7[1,3]
801	(21 36 4) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7/MatrixCo-occurrence 7[1,4]
802	(21 36 5) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7/MatrixCo-occurrence 7[1,5]
803	(21 36 6) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7/MatrixCo-occurrence 7[1,6]
804	(21 36 7) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7/MatrixCo-occurrence 7[2,1]
805	(21 36 8) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7/MatrixCo-occurrence 7[2,2]
806	(21 36 9) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7/MatrixCo-occurrence 7[2,3]
807	(21 36 10) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7/MatrixCo-occurrence 7[2,4]
808	(21 36 11) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7/MatrixCo-occurrence 7[2,5]
809	(21 36 12) /Search Results/Matrix Co-occurrence 7/MatrixCo-occurrence 7[2,6]
810	(21 37) /Search Results/Matrix Co-occurrence 8
811	(21 37 1) /Search Results/Matrix Co-occurrence 8/MatrixCo-occurrence 8[1,1]
812	(21 37 2) /Search Results/Matrix Co-occurrence 8/MatrixCo-occurrence 8[1,2]
813	(21 37 3) /Search Results/Matrix Co-occurrence 8/MatrixCo-occurrence 8[1,3]
814	(21 37 4) /Search Results/Matrix Co-occurrence 8/MatrixCo-occurrence 8[1,4]
815	(21 37 5) /Search Results/Matrix Co-occurrence 8/MatrixCo-occurrence 8[2,1]
816	(21 37 6) /Search Results/Matrix Co-occurrence 8/MatrixCo-occurrence 8[2,2]
817	(21 37 7) /Search Results/Matrix Co-occurrence 8/MatrixCo-occurrence 8[2,3]
818	(21 37 8) /Search Results/Matrix Co-occurrence 8/MatrixCo-occurrence 8[2,4]
819	(21 38) /Search Results/Intersection 17
820	(21 39) /Search Results/Intersection 18
821	(21 40) /Search Results/Intersection 19

822	(21 41) /Search Results/Matrix Co-occurrence 9
823	(21 41 1) /Search Results/Matrix Co-occurrence 9/MatrixCo-occurrence 9[1,1]
824	(21 41 2) /Search Results/Matrix Co-occurrence 9/MatrixCo-occurrence 9[1,2]
825	(500) /En busca del tesoro
826	(500 3) /En busca del tesoro/Discurso Psicótico
827	(500 3 1) /En busca del tesoro/Discurso Psicótico/En la forma
828	(500 3 2) /En busca del tesoro/Discurso Psicótico/En el Contenido
829	(500 4) /En busca del tesoro/La medicacion y el contexto
830	(500 5) /En busca del tesoro/Factores moduladores de los ef
831	(500 7) /En busca del tesoro/Cambios en la medic, pauta o dosis
832	(500 8) /En busca del tesoro/Repercusiones de los ef secundarios
833	(500 9) /En busca del tesoro/Estrategias de afrontamiento de ES



FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

Departamento de Medicina

Tesis Doctoral
- Anexo de citas-

**“INVESTIGACIÓN CUALITATIVA CON GRUPOS FOCALES, SOBRE LA
EXPERENCIA SUBJETIVA DE PACIENTES PSICÓTICOS CON
TRATAMIENTO NEUROLÉPTICO”**

*Memoria presentada en el Departamento de Medicina de la Universidad de Valencia
para obtener el grado de doctor por el licenciado:*

María Antonia Barberá Fons

Dirigida por:

Prof. D. Julio Sanjuán Arias

INTRODUCCIÓN

A continuación, exponemos las citas literales de nuestros pacientes, tal y como resultan del cruce de información solicitado al programa QRS N'Vivo en el apartado de resultados de nuestro trabajo (tipos de fármacos, efectos simples / complejos, efectos positivos / negativos).

Hemos respetado el sistema de numeración correspondiente, con la finalidad de evitar confusiones en la codificación de la información.

Este anexo ha sido presentado de forma separada exclusivamente por razones de espacio, a pesar de habernos ceñido estrictamente al objetivo del estudio para evitar excesos.

Hemos conservado el formato (mayúscula cuando comienza una intervención o párrafo, minúscula cuando el contenido se ha entresacado de una frase más prolongada) e idioma con el que el programa se maneja, por lo que el orden de exposición y detalles formales preservan su autenticidad.

La lectura detallada de los contenidos expuestos a continuación resulta ilustrativa, pues es el reflejo de las voces de nuestros pacientes sin modificación alguna. Por una parte, puede dar al lector una idea del trabajo que subyace a los resultados y reflexiones expuestos en este trabajo. Por otra, concede cierto rigor científico, pues es la materia prima de la que surgen todas aquellas citas literales con las que hemos ejemplificado en ubicaciones diversas.

ÍNDICE DE ANEXOS

4.3.1 Efectos simples positivos	7
4.3.1.1 Efectos simples positivos con los antipsicóticos típicos	7
4.3.1.2 Efectos simples positivos con los antipsicóticos atípicos	12
4.3.1.3 Efectos simples positivos con la olanzapina	17
4.3.1.4 Efectos simples positivos con la risperidona	20
4.3.2 Efectos simples negativos.....	22
4.3.2.1 Efectos simples negativos con los antipsicóticos típicos	22
4.3.2.2 Efectos simples negativos con los antipsicóticos atípicos	31
4.3.2.3 Efectos simples negativos con la olanzapina	42
4.3.2.4 Efectos simples negativos con la risperidona.....	45
4.3.3 Efectos complejos positivos	53
4.3.3.1 Efectos complejos positivos con los antipsicóticos típicos.....	53
4.3.3.2 Efectos complejos positivos con los antipsicóticos atípicos	57
4.3.3.3 Efectos complejos positivos con la olanzapina	65
4.3.3.4 Efectos complejos positivos con la risperidona	69
4.3.4 Efectos complejos negativos	73
4.3.4.1 Efectos complejos negativos con los antipsicóticos típicos.....	73
4.3.4.2 Efectos complejos negativos con los antipsicóticos atípicos	77
4.3.4.3 Efectos complejos negativos con la olanzapina	80
4.3.4.4 Efectos complejos negativos con la risperidona	81

4.3.1 Efectos simples positivos

4.3.1.1 Efectos simples positivos con los antipsicóticos típicos

Document 'AFEM 1', 9 passages, 1489 characters.

Section 1, Paragraph 54, 89 characters.

lo que tomo es Risperdal 9mg. al día y Sinogan 25mg. para dormir y me va bien, me va bien

Section 1, Paragraph 100, 152 characters.

me ingresaron en el clínico de urgencias porque me quedé enganchado así del cuello, me pusieron una inyección de Sinogan y poco a poco he ido mejorando

Section 1, Paragraph 127, 213 characters.

Fue Eskazine, creo que fue la dosis mínima, la dosis pediátrica creo que era, el caso es que note no sé si sería por placer un efecto muy tranquilizante, muy de encontrarme más alegre, más a gusto con el entorno

Section 1, Paragraphs 153-161, 356 characters.

El Sinogan, cuando tomaba ese medicamento tenía alucinaciones, veía a una persona que se iba a la carretera o alguien apoyado en la pared, eso es cuando tomaba este medicamento.

Julio.- Y con la medicación eso se te ha ido?

Pi.- Con el tiempo se me ha ido.

Julio.- Con el tiempo o con la medicación?

Pi.- Con la medicación supongo yo que será eso.

Section 1, Paragraph 234, 206 characters.

al Haloperidol, al Risperdal y al Modecate. He respondido bien pero en tratamientos intensivos, 1 año de estar tomando y poco a poco ir disminuyendo las ideas delirantes hasta que han desaparecido del todo

Section 1, Paragraph 240, 90 characters.

la mezcla de Cisordinol y Sinogan me va muy bien y me desaparecen todas las ideas extrañas

Section 1, Paragraph 270, 73 characters.

la medicación que me tomo ahora es Cisordinol, físicamente me va muy bien

Document '**AFEM 2**', 8 passages, 768 characters.

Section 1.1.1, Paragraph 42, 97 characters.

para dormir, necesitaba algo más y me han recetado el Sinogan y el Haloperidol 20 gotas también.

Section 1.1.1, Paragraph 58, 104 characters.

Yo he tomado Modecate, Akineton, y ahora estoy con Meleril. Pero ahora estoy muy tranquilo, estoy bien.

Section 1.1.1, Paragraph 62, 45 characters.

A mi el medicamento me salva de alucinaciones (haloperidol)

Section 1.1.1, Paragraph 90, 89 characters.

como tomo Meleril sólo ahora, pues, tomo una para dormir por la noche, una pastilla sólo

Section 1.1.1, Paragraph 219, 126 characters.

Con el Zyprexa me combino el Sinogan para dormir lo puedo bajar o aumentar y sí... estoy más... me noto más despejada de día.

Section 1.1.1, Paragraph 269, 101 characters.

Yo tomaba Haloperidol en gotas, tomaba 5 - 5 - 5 y estaba como más activo como la mente más despejada

Section 1.1.1, Paragraph 355, 92 characters.

Luego el Largactil que también estuve tomando y como tranquilizante me iba también muy bien.

Document '**CRIS 1**', 3 passages, 252 characters.

Section 0, Paragraph 107, 59 characters.

el Sinogan 100 que tomo también me va bien... para dormir.

Section 0, Paragraph 111, 116 characters.

La Etumina para quitar la ansiedad, porque tengo mucha angustia. Me angustio mucho. Con la Etumina, mucha se me va.

Section 0, Paragraph 384, 77 characters.

el Sinogan 100 que me tomo es para dormir y si no me lo tomo no duermo nada.

Document '**CRIS 2**', 1 passages, 205 characters.

Section 0, Paragraph 53, 205 characters.

Cuando me tomaba los Haloperidol y Sinogan, también notaba un efecto de tranquilidad, notaba que me iba bien para, a lo mejor, si estaba un poquitín nerviosa o algo, las notaba que me iban bien también.

Document '**CRIS 3**', 8 passages, 688 characters.

Section 0, Paragraph 49, 106 characters.

Sobre todo, lo que he dicho, me relajan y me tranquilizan. La Etumina y el Rohipnol me ayudan para dormir.

Section 0, Paragraph 81, 197 characters.

Yo, con el Haloperidol, me encuentro más relajada, me hace efecto. Y lo he tomado en gotas y en pastillas. Lo he tomado de las dos maneras, pero, es uno de los medicamentos que más me ha relajado.

Section 0, Paragraph 87, 42 characters.

Estoy tomando para dormir cuatro pastillas

Section 0, Paragraph 103, 48 characters.

Yo ahora la Etumina la estoy tomando para dormir

Section 0, Paragraph 140, 36 characters.

lo demás bien, me estabilizo, duermo

Section 0, Paragraph 514, 80 characters.

yo lo que encuentro es una mejora en... me encuentro más relajada, más tranquila

Section 0, Paragraph 530, 130 characters.

el Haloperidol, ya digo que es uno de los medicamentos que no es porque me deprima o me altere, si no porque me encuentro relajada

Section 0, Paragraph 544, 49 characters.

Con el Eskazine, yo me notaba mejor, más animada,

Document '**CSM 2**', 5 passages, 615 characters.

Section 0, Paragraph 27, 41 characters.

en la actualidad tomo Meleril para dormir

Section 0, Paragraph 27, 108 characters.

Lo que me gusta es que me deja un poco tranquilo y que lo noto y no tiene efectos secundarios es el Meleril

Section 0, Paragraph 116, 66 characters.

me tomo el Largactil, a lo mejor me tomo la pastilla y me duermo,

Section 0, Paragraphs 208-212, 212 characters.

el Largactil, que ahora escucho voces a la altura del techo...

José Luis G.- Yo también tengo voces telepáticas, a veces, también escucho voces telepáticas.

Desiderio V .- Y me tomo el Largactil y se me pasa

Section 0, Paragraph 246, 188 characters.

Yo tomo Meleril 200 que es bastante fuerte, pero no tiene efectos secundarios. Me levanto por la mañana y no estoy cansado, que es que me levanto más tarde de la cama, pero estoy relajado

Document '**CSM 4**', 1 passages, 13 characters.

Section 0, Paragraph 166, 13 characters.

A mí me anima

Document '**Piso tutelado**', 1 passages, 36 characters.

Section 0, Paragraph 93, 36 characters.

Sinogan me hacía dormir por la noche

Document 'Residencia 1', 3 passages, 137 characters.

Section 0, Paragraph 62, 46 characters.

Uno toma Etumina y sienta muy bien para dormir

Section 0, Paragraph 149, 60 characters.

la Etumina para dormir va bien, claro si te tomas un montón.

Section 0, Paragraph 461, 31 characters.

a mi el Cisordinol para dormir

4.3.1.2 Efectos simples positivos con los antipsicóticos atípicos

Document 'AFEM 1', 10 passages, 1753 characters.

Section 1, Paragraph 54, 89 characters.

lo que tomo es Risperdal 9mg. al día y Sinogan 25mg. para dormir y me va bien, me va bien

Parece que el efecto simple positivo es del Sinogan y no del Risperdal, pero si no interpretamos y codificamos como dice, la atribución del efecto sedativo incluye a los dos. Decide tú.

Section 1, Paragraph 135, 299 characters.

con el Risperdal estuve un año aproximadamente prácticamente impotente. De sexualidad, masturbarme prácticamente nada durante un año entero. Sin embargo con el Zyprexa pues al principio lo note que iba mejorando y ahora estoy pues en la medida de lo normal, lo que es normal o prácticamente normal.

Section 1, Paragraph 169, 76 characters.

Yo me tomo el Risperdal y con el Risperdal se me han ido (las alucinaciones)

Section 1, Paragraph 169, 264 characters.

eran como recuerdos, bueno como recuerdos no, que no veía con claridad las cosas en el cerebro y también lo que apuntaba Toni de que creía que se burlaban eso también me pasaba a mi y me pasaba en esos recuerdos que yo veía y luego con el Risperdal se desapareció.

Section 1, Paragraph 181, 104 characters.

no me masturbaba a gusto, no eyaculaba y ahora con la Zyprexa voy, lo hago mas a menudo y con mas ganas.

Section 1, Paragraph 195, 271 characters.

con el Zyprexa al principio no lo noté, pero luego estuve una temporada inactivo y fue a raíz de dejar mis fantasías que eran algo violentas y místicas y así raras y fue dejarlas fluir y me empecé a poder masturbar siempre que quería y ahora ya es prácticamente normal.

Section 1, Paragraph 232, 117 characters.

Y ahora pues no tengo esa sensación (Se refiere a sintomas psicóticos positivos que describe en un párrafo anterior)

Section 1, Paragraph 232, 55 characters.

eso sí, noto que la masturbación la hago mas a gusto.

Section 1, Paragraph 234, 206 characters.

al Haloperidol, al Risperdal y al Modecate. He respondido bien pero en tratamientos intensivos, 1 año de estar tomando y poco a poco ir disminuyendo las ideas delirantes hasta que han desaparecido del todo

Document '**AFEM 2**', 3 passages, 330 characters.

Section 1.1.1, Paragraph 96, 114 characters.

Zyprexa que parece ser que aglutina todos estos y entonces en ese sentido es mucho mejor para conservar el físico

Section 1.1.1, Paragraph 219, 126 characters.

Con el Zyprexa me combino el Sinogan para dormir lo puedo bajar o aumentar y sí... estoy más... me noto más despejada de día.

Section 1.1.1, Paragraph 237, 90 characters.

Yo pienso que como antipsicóticos el Serdolect para los efectos negativos que yo he tenido

Document '**CRIS 1**', 4 passages, 658 characters.

Section 0, Paragraph 37, 81 characters.

Yo tenía depresión y me pusieron las pastillas Zyprexa y ahora me encuentro mejor

Section 0, Paragraphs 276-282, 257 characters.

Pero, ¿también has notado mejoría con el Risperdal?

José Luis S.- Sí, sí. Mejoría sí.

Cande.- Y, ¿en que has notado la mejoría?

José Luis S.- En que no tengo tanta ansiedad. Ya no noto tanta ansiedad. Me ha estabilizado. Ahora estoy más estabilizado.

Section 0, Paragraphs 290-292, 91 characters.

Ese efecto bueno, ¿cómo lo explicarías?.

M^a Teresa F.- Que te da así, un poco el ánimo.

Section 0, Paragraph 388, 229 characters.

con el Zyprexa, me va bien para la depresión. Antes estaba con una depresión fuerte y desde que me han puesto las pastillas, yo me encuentro mejor para trabajar y para todo. Estoy más animada, me encuentro con más ánimo para todo

Document '**CRIS 2**', 2 passages, 382 characters.

Section 0, Paragraph 49, 154 characters.

Yo también me noto más tranquila, más relajada cuando me tomo las pastillas... que... no pienso tanto, que estoy más... más... centrada en lo que hago...

Section 0, Paragraph 85, 228 characters.

También me tomo el Risperdal por la noche y... antes tenía muchas pesadillas, tenía muchos sueños malos y ahora han desaparecido, ¿no?, y poco a poco, también el miedo a la gente... todo eso poco a poco, se va... se va quitando,

Document '**CRIS 3**', 8 passages, 1340 characters.

Section 0, Paragraph 75, 236 characters.

la medicación actual que tomo, que es el Zyprexa, me ha quitado lo que son los movimientos involuntarios que que lo hace como una reacción del sistema nervioso. Entonces lo que son los movimientos, prácticamente han desaparecido todos,

Section 0, Paragraph 101, 158 characters.

La experiencia que yo tengo, por ejemplo el Seroquel, que me lo estoy tomando hace una semana, Seroquel que me deja más relajado, un poco más tranquilo y tal

Section 0, Paragraph 101, 55 characters.

respecto al Zyprexa, pues pienso que me deja tranquilo

Section 0, Paragraph 101, 204 characters.

Pero, por otra parte, creo que es buena porque me quita un poquito la obsesión, los pensamientos extraños y cosas inusuales que no son reales, por ejemplo, que me siento observado cuando voy por la calle

Section 0, Paragraph 129, 200 characters.

A mi el Risperdal me ayuda a no tener pensamientos raros, porque lo que tengo son pensamientos raros y todas las casualidades las relaciono y el Risperdal me ayuda a controlarlas, a ver que no es real

Section 0, Paragraph 140, 36 characters.

lo demás bien, me estabilizo, duermo

Section 0, Paragraph 150, 115 characters.

desde que estoy tomando Zyprexa, las crisis ya no las tengo, no tengo los movimientos involuntarios que tenía antes

Section 0, Paragraph 150, 336 characters.

Lo que son las alucinaciones auditivas casi han desaparecido del todo. Pero ya no son de tipo crisis, si no que es como si tuvieras una radio encendida y que las oyes todo el tiempo. Pero, ahora en vez de oírla a más y más cada vez es a menos y a menos, con lo cual, yo creo que el tomarla continuada está teniendo su efecto para mejor

Document 'CSM 1', 2 passages, 289 characters.

Section 1.1, Paragraph 81, 29 characters.

Sin embargo a mi me despeja.

Section 1.1, Paragraph 277, 260 characters.

necesito tomarme la Zyprexa. Esté donde esté. Estoy en casa y ya estoy: “tatatata...”, ¿sabes?. Como si me estuvieran dando... que yo fuera la batería y estuvieran los AC/DC dándole a la batería, vaya. ¿Sabes?. Necesito tranquilizarme. Tomo una y tranquilito

Document 'CSM 4', 5 passages, 661 characters.

Section 0, Paragraph 70, 108 characters.

Ahora me ha quitado mucha paranoia, salgo más a la calle que antes no salía, tengo menos miedo que antes...

Section 0, Paragraph 84, 262 characters.

el Seroquel ese, que me ha recetado hace poco, me da un discernimiento propio en el cual, no es que ya no oiga voces, o diga: “ estas voces no son mías”, si no en mi propio pensamiento discernir las que son más positivas de las que no son tan necesarias para mí

Section 0, Paragraphs 88-92, 103 characters.

... No, las voces ya no las oigo.

Julio.- ¡Ah!, no las oyes.

Vicente R..- No las oigo, no las oigo

Section 0, Paragraph 146, 70 characters.

el Zyprexa es una relajación total. Me relaja mucho el cerebro y todo

Section 0, Paragraph 218, 118 characters.

A mi sí que me ayuda mucho el... el... el esto... el Zyprexa, al relajarme me deja pensar más, me deja hacer las cosas

4.3.1.3 Efectos simples positivos con la olanzapina

Document 'AFEM 1', 6 passages, 1118 characters.

Section 1, Paragraph 135, 299 characters.

con el Risperdal estuve un año aproximadamente prácticamente impotente. De sexualidad, masturbarme prácticamente nada durante un año entero. Sin embargo con el Zyprexa pues al principio lo note que iba mejorando y ahora estoy pues en la medida de lo normal, lo que es normal o prácticamente normal.

Section 1, Paragraph 181, 104 characters.

no me masturbaba a gusto, no eyaculaba y ahora con la Zyprexa voy, lo hago mas a menudo y con mas ganas.

Section 1, Paragraph 195, 271 characters.

con el Zyprexa al principio no lo noté, pero luego estuve una temporada inactivo y fue a raíz de dejar mis fantasías que eran algo violentas y místicas y así raras y fue dejarlas fluir y me empecé a poder masturbar siempre que quería y ahora ya es prácticamente normal.

Section 1, Paragraph 232, 117 characters.

Y ahora pues no tengo esa sensación (Se refiere a sintomas psicóticos positivos que describe en un párrafo anterior)

Section 1, Paragraph 232, 55 characters.

eso sí, noto que la masturbación la hago mas a gusto.

Document 'AFEM 2', 2 passages, 240 characters.

Section 1.1.1, Paragraph 96, 114 characters.

Zyprexa que parece ser que aglutina todos estos y entonces en ese sentido es mucho mejor para conservar el físico

Section 1.1.1, Paragraph 219, 126 characters.

Con el Zyprexa me combino el Sinogan para dormir lo puedo bajar o aumentar y sí... estoy más... me noto más despejada de día.

Document 'CRIS 1', 3 passages, 401 characters.

Section 0, Paragraph 37, 81 characters.

Yo tenía depresión y me pusieron las pastillas Zyprexa y ahora me encuentro mejor

Section 0, Paragraphs 290-292, 91 characters.

Ese efecto bueno, ¿cómo lo explicarías?.

M^a Teresa F.- Que te da así, un poco el ánimo.

Section 0, Paragraph 388, 229 characters.

con el Zyprexa, me va bien para la depresión. Antes estaba con una depresión fuerte y desde que me han puesto las pastillas, yo me encuentro mejor para trabajar y para todo. Estoy más animada, me encuentro con más ánimo para todo

Document '**CRIS 3**', 6 passages, 982 characters.

Section 0, Paragraph 75, 236 characters.

la medicación actual que tomo, que es el Zyprexa, me ha quitado lo que son los movimientos involuntarios que que lo hace como una reacción del sistema nervioso. Entonces lo que son los movimientos, prácticamente han desaparecido todos,

Section 0, Paragraph 101, 55 characters.

respecto al Zyprexa, pues pienso que me deja tranquilo

Section 0, Paragraph 101, 204 characters.

Pero, por otra parte, creo que es buena porque me quita un poquito la obsesión, los pensamientos extraños y cosas inusuales que no son reales, por ejemplo, que me siento observado cuando voy por la calle

Section 0, Paragraph 140, 36 characters.

lo demás bien, me estabilizo, duermo

Section 0, Paragraph 150, 115 characters.

desde que estoy tomando Zyprexa, las crisis ya no las tengo, no tengo los movimientos involuntarios que tenía antes

Section 0, Paragraph 150, 336 characters.

Lo que son las alucinaciones auditivas casi han desaparecido del todo. Pero ya no son de tipo crisis, si no que es como si tuvieras una radio encendida y que las oyes todo el

tiempo. Pero, ahora en vez de oírlo a más y más cada vez es a menos y a menos, con lo cual, yo creo que el tomarla continuada está teniendo su efecto para mejor

Document 'CSM 1', 2 passages, 289 characters.

Section 1.1, Paragraph 81, 29 characters.

Sin embargo a mi me despeja.

Section 1.1, Paragraph 277, 260 characters.

necesito tomarme la Zyprexa. Esté donde esté. Estoy en casa y ya estoy: “tatatata...”, ¿sabes?. Como si me estuvieran dando... que yo fuera la batería y estuvieran los AC/DC dándole a la batería, vaya. ¿Sabes?. Necesito tranquilizarme. Tomo una y tranquilito

Document 'CSM 4', 2 passages, 188 characters.

Section 0, Paragraph 146, 70 characters.

el Zyprexa es una relajación total. Me relaja mucho el cerebro y todo

Section 0, Paragraph 218, 118 characters.

A mi sí que me ayuda mucho el... el... el esto... el Zyprexa, al relajarme me deja pensar más, me deja hacer las cosas

4.3.1.4 Efectos simples positivos con la risperidona

Document 'AFEM 1', 6 passages, 813 characters.

Section 1, Paragraph 54, 89 characters.

lo que tomo es Risperdal 9mg. al día y Sinogan 25mg. para dormir y me va bien, me va bien

Section 1, Paragraph 169, 76 characters.

Yo me tomo el Risperdal y con el Risperdal se me han ido (las alucinaciones)

Section 1, Paragraph 169, 264 characters.

eran como recuerdos, bueno como recuerdos no, que no veía con claridad las cosas en el cerebro y también lo que apuntaba Toni de que creía que se burlaban eso también me pasaba a mí y me pasaba en esos recuerdos que yo veía y luego con el Risperdal se desapareció.

Section 1, Paragraph 234, 206 characters.

al Haloperidol, al Risperdal y al Modecate. He respondido bien pero en tratamientos intensivos, 1 año de estar tomando y poco a poco ir disminuyendo las ideas delirantes hasta que han desaparecido del todo

Document 'CRIS 1', 1 passages, 257 characters.

Section 0, Paragraphs 276-282, 257 characters.

Pero, ¿también has notado mejoría con el Risperdal?

José Luis S.- Sí, sí. Mejoría sí.

Cande.- Y, ¿en que has notado la mejoría?

José Luis S.- En que no tengo tanta ansiedad. Ya no noto tanta ansiedad. Me ha estabilizado. Ahora estoy más estabilizado.

Document 'CRIS 2', 2 passages, 382 characters.

Section 0, Paragraph 49, 154 characters.

Yo también me noto más tranquila, más relajada cuando me tomo las pastillas... que... no pienso tanto, que estoy más... más... centrada en lo que hago...

Section 0, Paragraph 85, 228 characters.

También me tomo el Risperdal por la noche y... antes tenía muchas pesadillas, tenía muchos sueños malos y ahora han desaparecido, ¿no?, y poco a poco, también el miedo a la gente... todo eso poco a poco, se va... se va quitando,

Document '**CRIS 3**', 2 passages, 236 characters.

Section 0, Paragraph 129, 200 characters.

A mi el Risperdal me ayuda a no tener pensamientos raros, porque lo que tengo son pensamientos raros y todas las casualidades las relaciono y el Risperdal me ayuda a controlarlas, a ver que no es real

Section 0, Paragraph 140, 36 characters.

lo demás bien, me estabilizo, duermo

Document '**CSM 4**', 1 passages, 108 characters.

Section 0, Paragraph 70, 108 characters.

Ahora me ha quitado mucha paranoia, salgo más a la calle que antes no salía, tengo menos miedo que antes...

4.3.2 Efectos simples negativos

4.3.2.1 Efectos simples negativos con los antipsicóticos típicos

Document 'AFEM 1', 12 passages, 1455 characters.

Section 1, Paragraph 14, 31 characters.

tenía efectos extrapiramidales (cisordinol y sinogán)

Section 1, Paragraph 38, 190 characters.

fui al médico y me mandó Sinogan y Akineton, pero estaba todo el día abombado, todo el día con la cabeza como si no hubiera dormido, muy apático, no podía casi andar, me encontraba muy vago

Section 1, Paragraph 38, 86 characters.

no podía ni coger un café, me temblaban tanto las manos que no podía coger ni un café.

Section 1, Paragraph 54, 150 characters.

lo que tomo es Risperdal 9mg. al día y Sinogan 25mg. para dormir y me va bien, me va bien, lo único que encuentro es pereza, pereza en hacer las cosas

Section 1, Paragraph 58, 134 characters.

Y de salir de casa y todo pereza, pero por lo demás con el Risperdal 9mg. Y el Sinogan y un Akineton por la mañana me encuentro bien.

Section 1, Paragraph 78, 184 characters.

me empezaron a dar Haloperidol, Risperdal, Sinogan y Akineton, pero me sentaban fatal, era una pesadilla, constantemente temblando, con mareos, sensación de respiración, taquicardia.

Section 1, Paragraph 86, 189 characters.

esta vez sólo me ponían Modecate y Risperdal, así durante casi un año y engorde muchísimo y no podía tomar el sol porque es una medicación que es fotosensible, me dan unos mareos terribles

Section 1, Paragraph 86, 48 characters.

el Modecate me dejaba inmovilizado, hecho polvo

Section 1, Paragraph 100, 82 characters.

me ingresaron en el clínico de urgencias porque me quedé enganchado así del cuello (etumina)

Section 1, Paragraph 141, 84 characters.

con el Cisordinol y el Sinogan también tengo algunas veces síntomas extrapiramidales

Section 1, Paragraph 141, 129 characters.

Cuando es un día especialmente caluroso o que no he descansado bien y tengo extrapiramidales fuertes, tengo crisis de ansiedad (cisordinol y sinogán)

Section 1, Paragraphs 191-193, 148 characters.

Esta experiencia del problema sexual o del problema con el Risperdal, os referíais a otra medicación o solo al Risperdal.

Epsilon.- Y al Modecate.

Document 'AFEM 2', 8 passages, 859 characters.

Section 1.1.1, Paragraph 52, 75 characters.

el Sinogan es muy fuerte, para mí. Es un medicamento que me deja aplanado.

Section 1.1.1, Paragraph 90, 126 characters.

como tomo Meleril sólo ahora, pues, tomo una para dormir por la noche, una pastilla sólo y luego por la mañana me deja torrado

Section 1.1.1, Paragraph 102, 75 characters.

El Modecate... ya superado. Llevaba 1/4 este verano y estaba todo acelerado

Section 1.1.1, Paragraph 165, 50 characters.

el Meleril adormece mucho, muchas horas y después

Section 1.1.1, Paragraph 219, 116 characters.

cuando tomaba Meleril combinado con el Modecate y el Akineton, una medicación muy fuerte y me dejaba bastante sedada

Section 1.1.1, Paragraph 233, 144 characters.

Creo que tomaba Eskazine, Meleril 200 Retard, el Modecate... pero eso fue al principio, unos miedos y unas cosas, me picaba la cabeza y ansiedad

Section 1.1.1, Paragraph 333, 179 characters.

Yo por ejemplo no he notado ningún efecto secundario nunca aparte de la costumbre que tome con el Haloperidol, la costumbre que fue una especie de habituación a la posible droga.

Section 2, Paragraph 370, 94 characters.

La saliva que se te cae, sí, eso nos ha pasado a muchos con el Haloperidol, se nos cae la baba

Document '**CRIS 1**', 3 passages, 212 characters.

Section 0, Paragraph 5, 50 characters.

El Haloperidol me hacía muchos efectos secundarios

Section 0, Paragraph 43, 107 characters.

No sé si el Haloperidol es bueno o no, porque también me han dado alguna vez y parece que me produce mareos

Section 0, Paragraph 89, 55 characters.

el Eskazine, me hacía hacer unas pesadillas horribles.

Document '**CRIS 2**', 5 passages, 453 characters.

Section 0, Paragraph 22, 136 characters.

en exceso, lo que me ocurre es que me quedo dormido en el sofá o me quedo como paralizado... de los efectos... mucho, por la dosis y eso (haloperidol y sinogán)

Section 0, Paragraph 503, 136 characters.

de los efectos que he notado, cuando me tomaba el Haloperidol, creo que lo que me producía era eso, que se me juntaban mucho los dientes

Section 0, Paragraph 511, 52 characters.

con el Haloperidol se me juntaban mucho los dientes

Section 0, Paragraph 511, 102 characters.

el Sinogan, a veces me producía un poco de efecto de ese... de... de que me daba un poco de náuseas

Section 0, Paragraph 559, 27 characters.

Babeaba y no podía hablar. (sinogán)

Document '**CRIS 3**', 8 passages, 1043 characters.

Section 0, Paragraph 140, 186 characters.

creo que estos medicamentos lo que te perjudica es que te ataquen un poco al hígado, porque yo tengo el hígado un poco inflamado y es debido a estas pastillas (...) que me estoy tomando (Etumina)

Section 0, Paragraph 150, 152 characters.

Yo, con lo que es la medicación de Haloperidol, yo lo que notaba, es que me, como dice Paco, que me estropeaba bastante lo que es el hígado y cosas así

Section 0, Paragraph 164, 52 characters.

he tomado Haloperidol y también me daba mucho sueño

Section 0, Paragraph 166, 108 characters.

con Haloperidol y las medicaciones que me dieron anteriormente, también me pasaba casi todo el día durmiendo

Section 0, Paragraph 530, 95 characters.

Con el Sinogan, por ejemplo, me puede llegar a deprimirme un poco, puedo encontrarme deprimida

Section 0, Paragraph 532, 50 characters.

el Haloperidol, pues, me bajaba un poco la tensión

Section 0, Paragraph 548, 237 characters.

con el Haloperidol, pues me pasaba prácticamente todo el día durmiendo. Dormía por la noche y dormía durante el día, y estaba más bien durmiendo... entonces, prácticamente era todo el día y no podía ni estudiar, ni trabajar ni hacer nada

Section 0, Paragraph 570, 163 characters.

el Sinogan me hacía la vista borrosa. Lo veía borroso, me entraba sueño y lo veía como si estuviera, ya os decía, todo borroso. Tenía que irme a casa a acostarme.

Document '**CSM 1**', 8 passages, 1075 characters.

Section 1.1, Paragraphs 107-111, 115 characters.

¿El que me da sueño?

Julio.- Sí.

Germán V.- Pues creo que es el Zyprexa y el Sinogan... los que me dan sueño.

Section 1.1, Paragraph 269, 286 characters.

me levantaba por la mañana con la boca toda seca... pero seca, ¡eh!, seca. Me costaba tirar palante. Es decir, que decía: “¡Coño!, si es que ... como si me estuviera comiendo la lengua”. Seca completamente. Bebía agua y poco a poco se me iba yendo. Pero tenía que beber y beber y beber.

Section 1.1, Paragraphs 307-313, 241 characters.

¿tú notabas alguna diferencia con los de ahora?.

M^a del Mar A .- ¿Con el Haloperidol?.

Julio.- Sí, por ejemplo, has dicho antes que tomabas Haloperidol.

M^a del Mar A .- Pues sí, notaba muchísimos tics nerviosos... más que ahora...

Section 1.1, Paragraph 321, 70 characters.

Con el Haloperidol y el Cisordinol sí, tenía muchos tics nerviosos.

Section 1.1, Paragraph 381, 125 characters.

Yo hace muchos años tomaba Haloperidol y me dio un ataque de convulsiones y me llevaron a urgencias... por tomar Haloperidol.

Section 1.1, Paragraph 391, 42 characters.

Sí, me quedé agarrotada. Como... no sé... (decentán)

Section 1.1, Paragraph 429, 159 characters.

Yo, antes de ir al hospital, tomaba una medicación que se llamaba Orap fuerte y me causaba ciertos mareos cuando iba por la calle. Iba como si fuera atontado,

Section 1.1, Paragraph 451, 37 characters.

A mi el Haloperidol me pone baboso..

Document 'CSM 2', 9 passages, 1034 characters.

Section 0, Paragraph 19, 30 characters.

el Orap me dejaba la boca seca

Section 0, Paragraph 19, 163 characters.

Sinogan lo recuerdo un poco que era para dormir y eso, pero, a mi me estropeaba el ritmo del sueño. Bueno, te hacía dormir, pero, te hacía sentir muy cargado y eso

Section 0, Paragraph 53, 82 characters.

Sinogan gotas, para desengancharte de él, porque engancha, entonces, da sudores...

Section 0, Paragraph 116, 193 characters.

me tomo el Largactil, a lo mejor me tomo la pastilla y me duermo, pero a lo mejor me levanto por la mañana, y me levanto con la cara así y con una sensación muy extraña. Como hinchada la cara.

Section 0, Paragraph 154, 121 characters.

le dije si no habría algo, algo, que no me hiciera que el cuerpo me temblara, que no , con perdón, no vomitara la comida (cisordinol depot)

Section 0, Paragraph 198, 156 characters.

las veces que tomé Sinogan 25, Sinogan 25, una pastillas pequeña, me quedé en el butacón así con el dedo y para levantarme para ir a la cama, no podía...

Section 0, Paragraph 212, 23 characters.

pero me crea adicción.

Section 0, Paragraph 246, 137 characters.

el Sinogan 100, me deja amodorrado, pero como hace tiempo que no tomaba el Sinogan 100, ahora tomo el Sinogan 100 y me quedo aplatanado.

Section 0, Paragraph 277, 129 characters.

si por ejemplo, tomas un Sinogan 100 después de haberlo tomado durante un tiempo, te escacharra mucho, te quedas muy aplatanado.

Document 'CSM 4', 9 passages, 880 characters.

Section 0, Paragraph 120, 38 characters.

Una sensación de presión en el cerebro

Section 0, Paragraph 126, 78 characters.

me aplatanaron mucho y no podía ni levantarme ni hacer tareas de casa ni nada (Haloperidol y Eskazine)

Section 0, Paragraph 130, 191 characters.

Me dejaban muerto. Muerto no... aplatanado. No podía, no me levantaba. Me levantaba y me echaba enseguida. Me levantaba y luego estaba medio (...) haciendo las tareas del trabajo y todo eso.

Section 0, Paragraphs 132-134, 72 characters.

Resultaba difícil hacer las tareas.

Pedro Ll.- Me costaba muy difícil.

Section 0, Paragraph 158, 126 characters.

Yo tomaba Plenur y Sinogan y se me secaba mucho la boca, pero una barbaridad. Y me temblaban mucho los pies, tenía temblores

Section 0, Paragraph 162, 176 characters.

tomo, por ejemplo, del Eskazine, que lo tomo por la noche... me despierto, y cuando despierto por la mañana, tengo toda la boca llena de saliva y toda la boca seca... y torcida

Section 0, Paragraph 168, 72 characters.

A mi con el Valium y el Sinogan, estaba siempre nervioso. No me iba bien

Section 0, Paragraph 168, 45 characters.

es que tomaba las pastillas y estaba ansioso

Section 0, Paragraph 360, 82 characters.

cuando me recetaron el Haloperidol y el Eskazine, no me podía levantar y todo eso

Document '**Piso tutelado**', 2 passages, 575 characters.

Section 0, Paragraph 93, 406 characters.

es que me entra pereza y no puedo levantarme. Pensando en el trabajo... ¡vale, que tengo trabajo!...¡vale, que tengo trabajo!...¡vale, levántate!. Pero hasta que me decido... Yo creo que no es culpa de la medicación, yo la achaco porque...como coincidió con el Modecate...¡huy!, con el Sinogan, coincidió eso, pues siempre he sido perezoso, pues, lo achaqué al Sinogan. Pero, yo creo que no es el Sinogan.

Section 0, Paragraph 111, 169 characters.

cada vez que me pinchan Modecate me se van la mitad de las presiones, la mitad de lo que tengo en el cerebro se me queda bloqueado y... voy muy lento...muy lento en todo

Document '**Residencia 1**', 5 passages, 499 characters.

Section 0, Paragraph 149, 39 characters.

El Sinogan es una salvajada para dormir

Section 0, Paragraph 151, 199 characters.

Yo tomaba 150mg. al día de Sinogan, 25 y 25 por el día y 100 por la noche, me lo quitaron, iba sonámbulo todo el día, durmiendo. Me dormía por el sofá, por todos los sitios, no podía ni aguantar más

Section 0, Paragraph 159, 61 characters.

Me lo quitaron porque me caía la baba, me hinchaba, ¿sabes?.

Section 0, Paragraph 169, 138 characters.

Yo tengo algunas experiencias con el Sinogan, que como dice este chaval, que te atonta, que te da ganas de dormir, siempre estas durmiendo

Section 0, Paragraph 169, 62 characters.

El Haloperidol te da temblores y te quedas, te da agotamiento.

Document '**Residencia 2**', 5 passages, 437 characters.

Section 0, Paragraph 57, 116 characters.

con Cisordinol depot, que , aunque tome Akineton, pues, me ha dejado encorvado, y no he tenido ninguna estabilidad.

Section 0, Paragraph 119, 96 characters.

Yo he... he tomado...(incomp.)...Modecate...(incomp.)...me dolía mucho el cuello y cosas de esas

Section 0, Paragraph 139, 97 characters.

Yo porque se me dobla el cuello y yo no he podido...el Modecate me tenía que pinchar el Akineton.

Section 0, Paragraph 147, 58 characters.

perdía consciencia y me daban temblores, no me podía mover (creo q pertenece a risperidona)

Section 0, Paragraph 311, 70 characters.

con el Sinogan...que te deja muy... Sinogan con Akineton...te da sueño

4.3.2.2 Efectos simples negativos con los antipsicóticos atípicos

Document 'AFEM 1', 11 passages, 1297 characters.

Section 1, Paragraph 14, 64 characters.

cuando empecé a tomar media pastilla me quedaba como somnoliento (risperidona)

Section 1, Paragraph 54, 150 characters.

lo que tomo es Risperdal 9mg. al día y Sinogan 25mg. para dormir y me va bien, me va bien, lo único que encuentro es pereza, pereza en hacer las cosas

Section 1, Paragraph 58, 134 characters.

Y de salir de casa y todo pereza, pero por lo demás con el Risperdal 9mg. Y el Sinogan y un Akineton por la mañana me encuentro bien.

Section 1, Paragraph 78, 184 characters.

me empezaron a dar Haloperidol, Risperdal, Sinogan y Akineton, pero me sentaban fatal, era una pesadilla, constantemente temblando, con mareos, sensación de respiración, taquicardia.

Section 1, Paragraph 86, 189 characters.

esta vez sólo me ponían Modecate y Risperdal, así durante casi un año y engorde muchísimo y no podía tomar el sol porque es una medicación que es fotosensible, me dan unos mareos terribles

Section 1, Paragraph 135, 141 characters.

con el Risperdal estuve un año aproximadamente prácticamente impotente. De sexualidad, masturbarme prácticamente nada durante un año entero.

Section 1, Paragraph 181, 72 characters.

con el Risperdal me masturbaba y no me masturbaba a gusto, no eyaculaba

Section 1, Paragraph 185, 128 characters.

Yo tomo Risperdal y el tema sexual pues no, o sea es una cosa que lo tengo olvidado porque no siento estímulo con el Risperdal.

Section 1, Paragraph 189, 128 characters.

con el Risperdal es que no tenía ganas ni de levantarme de la cama, no podía, estaba completamente anulado y mareado todo el día

Section 1, Paragraph 220, 64 characters.

Estaba más excitado y más nervioso con síntomas extrapiramidales (risperidona)

Section 1, Paragraph 220, 43 characters.

más sensación de estar observado y todo eso (risperidona)

Document '**CRIS 1**', 11 passages, 809 characters.

Section 0, Paragraph 35, 32 characters.

El Zyprexa ya engorda de por sí

Section 0, Paragraph 37, 50 characters.

pero me engorda un poco y he aumentado unos kilos (olanzapina)

Section 0, Paragraph 53, 42 characters.

Bueno, no me acuerdo... me ponía con tics (risperidona)

Section 0, Paragraph 53, 16 characters.

me ponía mareada (risperidona)

Section 0, Paragraph 53, 63 characters.

me ponía fatigada, no me podía levantar de la cama... nerviosa (risperidona)

Section 0, Paragraphs 270-274, 174 characters.

Eso es lo que me pasa a mi con el Risperdal desde que lo tomo.

Julio.- Que te cuesta levantarte...

José Luis S.- Me cuesta levantarme y siento mucho sueño, mucho sueño.

Section 0, Paragraph 304, 102 characters.

Yo, el Risperdal lo que mejor me ha sentado por un lado, pero , por el otro... me ha bajado la moral.

Section 0, Paragraphs 310-312, 71 characters.

Has dicho que te ha bajado la moral... has dicho.

José Luis S.- Sí (risperidona)

Section 0, Paragraph 384, 33 characters.

no me podía levantar de la cama (risperidona)

Section 0, Paragraph 388, 83 characters.

Quitando esto que hace engordar un poco los kilos (olanzapina), estoy mejor con la medicación.

Section 0, Paragraph 402, 143 characters.

Yo, a mí me gustaría que me cambiaran el Risperdal porque tengo mucha somnolencia y me baja la moral mucho... el Risperdal desde que lo tomo.

Document '**CRIS 2**', 7 passages, 1052 characters.

Section 0, Paragraph 28, 70 characters.

Yo tomo Risperdal y si me lo tomo en exceso, me produce aplastamiento.

Section 0, Paragraph 28, 137 characters.

alguna vez... el médico me ha dicho... pues... rebajártelo, porque me produce... me producía aplastamiento, como si estuviera muy chafado (risperidona)

Section 0, Paragraph 307, 105 characters.

yo tomaba Seroquel... el 100 y Clopixol y tenía una ansiedad que no la podía controlar de ninguna manera.

Section 0, Paragraph 307, 29 characters.

fumaba más aún de lo que fumo (seroquel)

Section 0, Paragraphs 341-353, 520 characters.

Yo, el Risperdal, hay veces que... bueno, eso era más hace unos cuantos meses, estaba viendo la tele y me dormía y me lo pasaba muy mal cuando me despertaba.

Piedad.- ¿Lo pasabas muy mal cuando te despertabas?

Enrique C.- Sí, tenía la cabeza no sé como.

Joaquín S.- ¿Como confundido?¿como confundido, esa sensación?

Enrique C.- No sé.

David A.- ¿No sabías donde estabas...o...?

Enrique C.- Sí hombre, me quedaba dormido y estaba todo muy mareado... mareado no, pero malestar mucho que me quemaba la cabeza.

Section 0, Paragraph 507, 124 characters.

Recuerdo que me tomaba Artane y me producía más vómitos y eso que con el Risperdal, o sea, más... iba más veces al servicio

Section 0, Paragraph 511, 67 characters.

a veces me da un poquitín de dolor de cabeza pero no mucho tampoco (risperidona)

Document 'CRIS 3', 17 passages, 1795 characters.

Section 0, Paragraph 71, 23 characters.

no me bajaba el periodo (risperidona)

Section 0, Paragraph 83, 79 characters.

A mi, por ejemplo, el Zyprexa, como efecto secundario, hace que segregue leche

Section 0, Paragraph 101, 125 characters.

respecto al Zyprexa, pues pienso que me deja tranquilo pero, tiende un poquito a tener más apetito, a engordar un poquito más

Section 0, Paragraph 101, 48 characters.

siempre tengo la boca seca, tengo secor de boca (olanzapina)

Section 0, Paragraph 140, 186 characters.

creo que estos medicamentos lo que te perjudica es que te ataquen un poco al hígado, porque yo tengo el hígado un poco inflamado y es debido a estas pastillas (...) que me estoy tomando (olanzapina y risperidona)

Section 0, Paragraph 146, 111 characters.

cuando tomaba el Risperdal de 1 mg. y eso, me encontraba un poco decaído porque te hace de dormir, de cansancio

Section 0, Paragraph 154, 131 characters.

A mi me da mucha hambre el Risperdal. Me da mucha ansiedad y sólo pienso en comer todo el día. Me paso el día durmiendo y comiendo.

Section 0, Paragraphs 155-156, 54 characters.

Tico.- A mi también. Es que el Risperdal da apetito.

Section 0, Paragraph 172, 98 characters.

estaba en la cama y estaba durmiendo pero sin dormir, o sea, estaba durmiendo pero sin tener sueño (risperidona)

Section 0, Paragraph 172, 78 characters.

le achacaba la culpa al Risperdal, porque en verdad me dejaba muy... aplastado

Section 0, Paragraph 172, 181 characters.

me iba a la tele y no me gustaba lo que hacían en la tele, me iba a sentir música, no me gustaba la música... no sé, que no estaba motivado por nada, ¿no?. No me motivaba nada, nada (risperidona)

Section 0, Paragraph 532, 57 characters.

por las mañanas cuando te tomas eso, me adormecía un poco (risperidona)

Section 0, Paragraph 536, 115 characters.

el Risperdal me aplastaba más, me daba más sueño, me encontraba cansado y me hacía que estuviera en casa más tiempo

Section 0, Paragraph 538, 140 characters.

también tomaba, como él, Risperdal y no me movía. Parecía un autómata. Siempre siempre estaba acostada en la cama, siempre mal, decaída, mal

Section 0, Paragraph 544, 97 characters.

el Risperdal lo que me hace es que me noto cansada, agotada, sin ganas de hacer nada y con sueño

Section 0, Paragraph 550, 155 characters.

me dejaba chafado, chafado, chafado. Y siempre la traía encima, ¿no?, y si iba por ahí, pues me dormía en cualquier sitio y al final me tenía que ir a casa (risperidona)

Section 0, Paragraph 564, 117 characters.

Empalagosa...seca... Aquí la garganta toda seca... muy... no sé como explicarlo, así como todo así seca, empalagosa (risperidona)

Document 'CSM 1', 11 passages, 1711 characters.

Section 1.1, Paragraph 71, 94 characters.

Yo me llamo Rafael y tomo Zyprexa y Dumirox. Zyprexa de 10 mg. y lo que noto es sueño... (...)

Section 1.1, Paragraphs 73-79, 199 characters.

el efecto que notarías como algo... hummm... que aviva el sueño. ¿Qué crees que es por el Zyprexa o por el Dumirox?.

Rafael.- Por el Zyprexa.

Julio.- Crees que es por el Zyprexa.

Rafael.- Sí.

Section 1.1, Paragraphs 107-111, 115 characters.

¿El que me da sueño?

Julio.- Sí.

Germán V.- Pues creo que es el Zyprexa y el Sinogan... los que me dan sueño.

Section 1.1, Paragraph 127, 180 characters.

cuando salí del hospital, notaba que estaba como adormilado, como... porque me habían metido... ¿cómo se llama esto?... Diazepam. Risperdal y Diazepam... y me sentía como atontado,

Section 1.1, Paragraphs 145-149, 198 characters.

a mi la Zyprexa no me hace nada... no me hace nada... no me hace nada. Como ha dicho la señorita, me altera, me... en vez de dormirme, me...

Julio.- Te activa...

José G.- Me activa... me activa.

Section 1.1, Paragraphs 293-297, 292 characters.

Con el... con... no sé como se llamaba... uno que tomaba. Me daba una ansiedad enorme. Me despertaba por las noches y era horroroso. Me despertaba así en un sobresalto.

Julio.- ¿No está ahí el que te producía tanta ansiedad?

M^a del Mar A .- No lo sé... es que no... a ver... El Leponex.

Section 1.1, Paragraph 325, 65 characters.

Y me probé el Risperdal y el Risperdal me ponía más nervioso aún.

Section 1.1, Paragraph 329, 58 characters.

El Risperdal a mi me ponía más nervioso aún que las otras

Section 1.1, Paragraphs 415-417, 90 characters.

¿Recuerdas con que medicación tenías esta ansiedad?

Germán V. .- Sí, con el Risperdal.

Section 1.1, Paragraph 459, 193 characters.

A mi lo que me segregaba mucha saliva era el Leponex. (incomp)... me chorreaba y hay veces que... de la misma saliva que tenía en la boca, me daba la sensación de angustia y ahogo y... fatal.

Section 1.1, Paragraphs 461-465, 227 characters.

A mi lo de la saliva también me pasaba...

Julio.- También te ha pasado lo de la saliva. ¿Con ese medicamento también?

Lucas O .- Con el Leponex, sí. Tomaba también antes... ¿cómo se llama?: Tinocire? ... otro medicamento.

Document 'CSM 2', 4 passages, 228 characters.

Section 0, Paragraph 19, 46 characters.

lo único que muchas veces me subía la tensión (risperidona)

Section 0, Paragraph 19, 28 characters.

me aceleraba un poco y eso (risperidona)

Section 0, Paragraph 126, 33 characters.

Como un montón, con el Risperdal

Document '**CSM 4**', 8 passages, 382 characters.

Section 0, Paragraph 42, 30 characters.

el Zyprexa me producía azúcar

Section 0, Paragraph 42, 32 characters.

Me crea impotencia el Risperdal.

Section 0, Paragraph 46, 88 characters.

A nosotros, el Risperdal, las chicas, nos crea que no nos viene la regla... el periodo.

Section 0, Paragraph 50, 20 characters.

me quitaba la regla (risperidona)

Section 0, Paragraph 54, 49 characters.

A mí el Risperdal me crea mucha ansiedad de fumar

Section 0, Paragraph 62, 31 characters.

Me dan ganas de llorar y todo (risperidona)

Section 0, Paragraph 66, 87 characters.

También me crea malos pensamientos. Que me van a matar, que me quieren perseguir y todo (risperidona)

Document '**Residencia 1**', 12 passages, 1384 characters.

Section 0, Paragraphs 81-85, 271 characters.

ellos quieren que trabaje, quieren hacerme trabajar con unas pastillas que lo que te quitan son las ganas de trabajar. No tiene ningún sentido

María- ¿Ha habido alguna especialmente que te haya producido esto?

Juan G. - El Risperdal, eso ya es, vamos eso es un desastre

Section 0, Paragraph 113, 58 characters.

Cuando tomaba Risperdal me caía la baba y estaba hinchado

Section 0, Paragraph 153, 127 characters.

Yo con el Risperdal y el Akineton no puedo casi ni beber agua, es que o sea no te hago una demostración porque no... se me cae.

Section 0, Paragraphs 155-157, 80 characters.

El Risperdal, con eso no puedes ni eyacular.

Juan G.- Bueno, eso por supuesto.

Section 0, Paragraph 159, 50 characters.

Me lo quitaron porque me caía la baba y me hinchaba (risperidona)

Section 0, Paragraph 161, 257 characters.

Yo con el Risperdal y el Akineton, para beber agua saco la lengua y no puedo beber agua, me cuesta, constituye un verdadero esfuerzo beber agua, beber líquido, igual que fumar, pues fumar fumo mal, no sé, no puedo porque todo esto se me agarrota y no puedo.

Section 0, Paragraph 205, 71 characters.

Yo el ataque de nervios lo cogí cuando el psiquiatra me mando Risperdal

Section 0, Paragraph 205, 172 characters.

ahora me ha habituado a él y cuando pasan las 24h si no me lo tomo mi cuerpo se pone mal, porque llevo dos años y cuatro meses tomándolo todos los días y lo necesito tomar (risperidona)

Section 0, Paragraph 267, 67 characters.

Con el Risperdal me engorda, engordé mucho y no me ha sentado bien.

Section 0, Paragraph 333, 73 characters.

el mono del Risperdal que me lo quitasen con Tranxilium, con Trankimazin

Section 0, Paragraph 333, 90 characters.

cuando te quitan el Risperdal ya te pueden quitar el Akineton que te produce los temblores

Section 0, Paragraph 471, 68 characters.

Antes me daban una que no me gustaba nada, no podía eyacular ni nada (risperidona)

Document '**Residencia 2**', 9 passages, 1291 characters.

Section 0, Paragraph 57, 229 characters.

el Risperdal...no sé lo que me pasa que aún dándome Akineton, perdía la consciencia y caía al suelo y se me contraía todo, donde estoy operado (incomprensible)...y se me contraía mucho toda la zona, las cervicales y las vertebras

Section 0, Paragraphs 81-89, 241 characters.

Pues, yo el Risperdal pienso que me deja medio atontado.

Quique .- ¿qué deja atontado?

Alberto A .- Y me duele la espalda...

-Hablan varios a la vez Incomprensible

Antonio C. .- A mi también me pasaba lo mismo y me lo quitaron.

Section 0, Paragraph 95, 77 characters.

Yo creo que el Risperdal tiene un inconveniente y es que no te deja eyacular.

Section 0, Paragraph 97, 41 characters.

Pues yo, hasta con el Risperdal 6 me pasa

Section 0, Paragraph 97, 29 characters.

me produce orinarme...mearme (risperidona)

Section 0, Paragraph 97, 22 characters.

perder la consciencia (risperidona)

Section 0, Paragraph 97, 52 characters.

no poder caminar bien y que se me contraiga hasta... (risperidona)

Section 0, Paragraph 147, 100 characters.

Se ve que a medida de ir pasando el tiempo, los ojos no me...no me noto...un foco profundo de dolor (olanzapina)

Section 0, Paragraphs 153-157, 500 characters.

la primera Zyprexa que me dieron en el test este de Alexandre, me dio por masticarla. La mastique y sabía a rayos, y me la tragué y tuve efectos secundarios. Me enganché. Pero, me enganché mogollón...no te creas tú que...y me decían: “No es posible, la Zyprexa no tiene efectos secundarios”. Y me...al día siguiente me daban otra, la volvía masticar y otra vez me volvía a pasar.

Quique .- ¿A qué te refieres con engancharte?

Pedro Pablo D .- Sí, o sea, todo el sistema nervioso engarrotado.

4.3.2.3 Efectos simples negativos con la olanzapina

Document '**CRIS 1**', 3 passages, 165 characters.

Section 0, Paragraph 35, 32 characters.

El Zyprexa ya engorda de por sí

Section 0, Paragraph 37, 50 characters.

pero me engorda un poco y he aumentado unos kilos

Section 0, Paragraph 388, 83 characters.

Quitando esto que hace engordar un poco los kilos, estoy mejor con la medicación.

Document '**CRIS 3**', 4 passages, 438 characters.

Section 0, Paragraph 83, 79 characters.

A mi, por ejemplo, el Zyprexa, como efecto secundario, hace que segregue leche

Section 0, Paragraph 101, 125 characters.

respecto al Zyprexa, pues pienso que me deja tranquilo pero, tiende un poquito a tener más apetito, a engordar un poquito más

Section 0, Paragraph 101, 48 characters.

siempre tengo la boca seca, tengo secor de boca

Section 0, Paragraph 140, 186 characters.

creo que estos medicamentos lo que te perjudica es que te ataquen un poco al hígado, porque yo tengo el hígado un poco inflamado y es debido a estas pastillas (...) que me estoy tomando

Document '**CSM 1**', 4 passages, 606 characters.

Section 1.1, Paragraph 71, 94 characters.

Yo me llamo Rafael y tomo Zyprexa y Dumirox. Zyprexa de 10 mg. y lo que noto es sueño... (...)

Section 1.1, Paragraphs 73-79, 199 characters.

el efecto que notarías como algo... hummm... que aviva el sueño. ¿Qué crees que es por el Zyprexa o por el Dumirox?.

Rafael.- Por el Zyprexa.

Julio.- Crees que es por el Zyprexa.

Rafael.- Sí.

Section 1.1, Paragraphs 107-111, 115 characters.

¿El que me da sueño?

Julio.- Sí.

Germán V.- Pues creo que es el Zyprexa y el Sinogan... los que me dan sueño.

Section 1.1, Paragraphs 145-149, 198 characters.

a mi la Zyprexa no me hace nada... no me hace nada... no me hace nada. Como ha dicho la señorita, me altera, me... en vez de dormirme, me...

Julio.- Te activa...

José G.- Me activa... me activa.

Document '**CSM 4**', 1 passages, 30 characters.

Section 0, Paragraph 42, 30 characters.

el Zyprexa me producía azúcar

Document '**Residencia 2**', 2 passages, 600 characters.

Section 0, Paragraph 147, 100 characters.

Se ve que a medida de ir pasando el tiempo, los ojos no me...no me noto...un foco profundo de dolor.

Section 0, Paragraphs 153-157, 500 characters.

la primera Zyprexa que me dieron en el test este de Alexandre, me dio por masticarla. La mastique y sabía a rayos, y me la tragué y tuve efectos secundarios. Me enganché. Pero, me enganché mogollón...no te creas tú que...y me decían: "No es posible, la Zyprexa no tiene efectos secundarios". Y me...al día siguiente me daban otra, la volvía masticar y otra vez me volvía a pasar.

Quique .- ¿A qué te refieres con engancharte?

Pedro Pablo D .- Sí, o sea, todo el sistema nervioso engarrotado.

4.3.2.4 Efectos simples negativos con la risperidona

Document 'AFEM 1', 11 passages, 1414 characters.

Section 1, Paragraph 14, 64 characters.

cuando empecé a tomar media pastilla me quedaba como somnoliento

Section 1, Paragraph 54, 269 characters.

lo que tomo es Risperdal 9mg. al día y Sinogan 25mg. para dormir y me va bien, me va bien, lo único que encuentro es pereza, pereza en hacer las cosas, o sea como si me levanto por las mañanas, desayuno, me siento en el sofá y no me quiero levantar, eso es lo que noto.

Section 1, Paragraph 58, 134 characters.

Y de salir de casa y todo pereza, pero por lo demás con el Risperdal 9mg. Y el Sinogan y un Akineton por la mañana me encuentro bien.

Section 1, Paragraph 78, 184 characters.

me empezaron a dar Haloperidol, Risperdal, Sinogan y Akineton, pero me sentaban fatal, era una pesadilla, constantemente temblando, con mareos, sensación de respiración, taquicardia.

Section 1, Paragraph 86, 189 characters.

esta vez sólo me ponían Modecate y Risperdal, así durante casi un año y engorde muchísimo y no podía tomar el sol porque es una medicación que es fotosensible, me dan unos mareos terribles

Section 1, Paragraph 135, 140 characters.

con el Risperdal estuve un año aproximadamente prácticamente impotente. De sexualidad, masturbarme prácticamente nada durante un año entero

Section 1, Paragraph 181, 71 characters.

con el Risperdal me masturbaba y no me masturbaba a gusto, no eyaculaba

Section 1, Paragraph 185, 128 characters.

Yo tomo Risperdal y el tema sexual pues no, o sea es una cosa que lo tengo olvidado porque no siento estímulo con el Risperdal.

Section 1, Paragraph 189, 128 characters.

con el Risperdal es que no tenía ganas ni de levantarme de la cama, no podía, estaba completamente anulado y mareado todo el día

Section 1, Paragraph 220, 64 characters.

Estaba más excitado y más nervioso con síntomas extrapiramidales

Section 1, Paragraph 220, 43 characters.

más sensación de estar observado y todo eso

Document '**CRIS 1**', 8 passages, 644 characters.

Section 0, Paragraph 53, 42 characters.

Bueno, no me acuerdo... me ponía con tics

Section 0, Paragraph 53, 16 characters.

me ponía mareada

Section 0, Paragraph 53, 63 characters.

me ponía fatigada, no me podía levantar de la cama... nerviosa.

Section 0, Paragraphs 270-274, 174 characters.

Eso es lo que me pasa a mi con el Risperdal desde que lo tomo.

Julio.- Que te cuesta levantarte...

José Luis S.- Me cuesta levantarme y siento mucho sueño, mucho sueño.

Section 0, Paragraph 304, 102 characters.

Yo, el Risperdal lo que mejor me ha sentado por un lado, pero , por el otro... me ha bajado la moral.

Section 0, Paragraphs 310-312, 71 characters.

Has dicho que te ha bajado la moral... has dicho.

José Luis S.- Sí.

Section 0, Paragraph 384, 33 characters.

no me podía levantar de la cama.

Section 0, Paragraph 402, 143 characters.

Yo, a mí me gustaría que me cambiaran el Risperdal porque tengo mucha somnolencia y me baja la moral mucho... el Risperdal desde que lo tomo.

Document '**CRIS 2**', 5 passages, 918 characters.

Section 0, Paragraph 28, 70 characters.

Yo tomo Risperdal y si me lo tomo en exceso, me produce aplastamiento.

Section 0, Paragraph 28, 137 characters.

alguna vez... el médico me ha dicho... pues... rebajártelo, porque me produce... me producía aplastamiento, como si estuviera muy chafado

Section 0, Paragraphs 341-353, 520 characters.

Yo, el Risperdal, hay veces que... bueno, eso era más hace unos cuantos meses, estaba viendo la tele y me dormía y me lo pasaba muy mal cuando me despertaba.

Piedad.- ¿Lo pasabas muy mal cuando te despertabas?

Enrique C.- Sí, tenía la cabeza no sé como.

Joaquín S.- ¿Como confundido?¿como confundido, esa sensación?

Enrique C.- No sé.

David A.- ¿No sabías donde estabas...o...?

Enrique C.- Sí hombre, me quedaba dormido y estaba todo muy mareado... mareado no, pero malestar mucho que me quemaba la cabeza.

Section 0, Paragraph 507, 124 characters.

Recuerdo que me tomaba Artane y me producía más vómitos y eso que con el Risperdal, o sea, más... iba más veces al servicio

Section 0, Paragraph 511, 67 characters.

a veces me da un poquitín de dolor de cabeza pero no mucho tampoco.

Document 'CRIS 3', 15 passages, 1684 characters.

Section 0, Paragraph 71, 23 characters.

no me bajaba el periodo

Section 0, Paragraph 140, 186 characters.

creo que estos medicamentos lo que te perjudica es que te ataquen un poco al hígado, porque yo tengo el hígado un poco inflamado y es debido a estas pastillas (...) que me estoy tomando

Section 0, Paragraph 146, 111 characters.

cuando tomaba el Risperdal de 1 mg. y eso, me encontraba un poco decaído porque te hace de dormir, de cansancio

Section 0, Paragraph 154, 131 characters.

A mi me da mucha hambre el Risperdal. Me da mucha ansiedad y sólo pienso en comer todo el día. Me paso el día durmiendo y comiendo.

Section 0, Paragraphs 155-156, 54 characters.

Tico.- A mi también. Es que el Risperdal da apetito.

Section 0, Paragraph 172, 98 characters.

estaba en la cama y estaba durmiendo pero sin dormir, o sea, estaba durmiendo pero sin tener sueño

Section 0, Paragraph 172, 78 characters.

le achacaba la culpa al Risperdal, porque en verdad me dejaba muy... aplastado

Section 0, Paragraph 172, 181 characters.

me iba a la tele y no me gustaba lo que hacían en la tele, me iba a sentir música, no me gustaba la música... no sé, que no estaba motivado por nada, ¿no?. No me motivaba nada, nada

Section 0, Paragraph 532, 57 characters.

por las mañanas cuando te tomas eso, me adormecía un poco

Section 0, Paragraph 536, 115 characters.

el Risperdal me aplastaba más, me daba más sueño, me encontraba cansado y me hacía que estuviera en casa más tiempo

Section 0, Paragraph 538, 140 characters.

también tomaba, como él, Risperdal y no me movía. Parecía un autómata. Siempre siempre estaba acostada en la cama, siempre mal, decaída, mal

Section 0, Paragraph 544, 97 characters.

el Risperdal lo que me hace es que me noto cansada, agotada, sin ganas de hacer nada y con sueño

Section 0, Paragraph 550, 155 characters.

me dejaba chafado, chafado, chafado. Y siempre la traía encima, ¿no?, y si iba por ahí, pues me dormía en cualquier sitio y al final me tenía que ir a casa

Section 0, Paragraph 560, 141 characters.

Uno de los efectos que también creo que también hace el Risperdal es que no hablas con fluidez, que se te queda la boca...con saliva y así...

Section 0, Paragraph 564, 117 characters.

Empalagosa...seca... Aquí la garganta toda seca... muy... no sé como explicarlo, así como todo así seca, empalagosa.

Document 'CSM 1', 4 passages, 393 characters.

Section 1.1, Paragraph 127, 180 characters.

cuando salí del hospital, notaba que estaba como adormilado, como... porque me habían metido... ¿cómo se llama esto?... Diazepam. Risperdal y Diazepam... y me sentía como atontado,

Section 1.1, Paragraph 325, 65 characters.

Y me probé el Risperdal y el Risperdal me ponía más nervioso aún.

Section 1.1, Paragraph 329, 58 characters.

El Risperdal a mi me ponía más nervioso aún que las otras

Section 1.1, Paragraphs 415-417, 90 characters.

¿Recuerdas con que medicación tenías esta ansiedad?.

Germán V. .- Sí, con el Risperdal.

Document '**CSM 2**', 3 passages, 107 characters.

Section 0, Paragraph 19, 46 characters.

lo único que muchas veces me subía la tensión

Section 0, Paragraph 19, 28 characters.

me aceleraba un poco y eso,

Section 0, Paragraph 126, 33 characters.

Como un montón, con el Risperdal

Document '**CSM 4**', 6 passages, 307 characters.

Section 0, Paragraph 42, 32 characters.

Me crea impotencia el Risperdal.

Section 0, Paragraph 46, 88 characters.

A nosotros, el Risperdal, las chicas, nos crea que no nos viene la regla... el periodo.

Section 0, Paragraph 50, 20 characters.

me quitaba la regla

Section 0, Paragraph 54, 49 characters.

A mí el Risperdal me crea mucha ansiedad de fumar

Section 0, Paragraph 62, 31 characters.

Me dan ganas de llorar y todo.

Section 0, Paragraph 66, 87 characters.

También me crea malos pensamientos. Que me van a matar, que me quieren perseguir y todo

Document '**Residencia 1**', 12 passages, 1384 characters.

Section 0, Paragraphs 81-85, 271 characters.

ellos quieren que trabaje, quieren hacerme trabajar con unas pastillas que lo que te quitan son las ganas de trabajar. No tiene ningún sentido

María- ¿Ha habido alguna especialmente que te haya producido esto?

Juan G. - El Risperdal, eso ya es, vamos eso es un desastre

Section 0, Paragraph 113, 58 characters.

Cuando tomaba Risperdal me caía la baba y estaba hinchado

Section 0, Paragraph 153, 127 characters.

Yo con el Risperdal y el Akineton no puedo casi ni beber agua, es que o sea no te hago una demostración porque no... se me cae.

Section 0, Paragraphs 155-157, 80 characters.

El Risperdal, con eso no puedes ni eyacular.

Juan G.- Bueno, eso por supuesto.

Section 0, Paragraph 159, 50 characters.

Me lo quitaron porque me caía la baba, me hinchaba

Section 0, Paragraph 161, 257 characters.

Yo con el Risperdal y el Akineton, para beber agua saco la lengua y no puedo beber agua, me cuesta, constituye un verdadero esfuerzo beber agua, beber líquido, igual que fumar, pues fumar fumo mal, no sé, no puedo porque todo esto se me agarrota y no puedo.

Section 0, Paragraph 205, 71 characters.

Yo el ataque de nervios lo cogí cuando el psiquiatra me mando Risperdal

Section 0, Paragraph 205, 172 characters.

ahora me ha habituado a él y cuando pasan las 24h si no me lo tomo mi cuerpo se pone mal, porque llevo dos años y cuatro meses tomándolo todos los días y lo necesito tomar.

Section 0, Paragraph 267, 67 characters.

Con el Risperdal me engorda, engordé mucho y no me ha sentado bien.

Section 0, Paragraph 333, 73 characters.

el mono del Risperdal que me lo quitasen con Tranxilium, con Trankimazin

Section 0, Paragraph 333, 90 characters.

cuando te quitan el Risperdal ya te pueden quitar el Akineton que te produce los temblores

Section 0, Paragraph 471, 68 characters.

Antes me daban una que no me gustaba nada, no podía eyacular ni nada

Document '**Residencia 2**', 7 passages, 691 characters.

Section 0, Paragraph 57, 229 characters.

el Risperdal...no sé lo que me pasa que aún dándome Akineton, perdía la consciencia y caía al suelo y se me contraía todo, donde estoy operado (incomprensible)...y se me contraía mucho toda la zona, las cervicales y las vertebras

Section 0, Paragraphs 81-89, 241 characters.

Pues, yo el Risperdal pienso que me deja medio atontado.

Quique .- ¿qué deja atontado?

Alberto A .- Y me duele la espalda...

-Hablan varios a la vez Incomprensible

Antonio C. .- A mi también me pasaba lo mismo y me lo quitaron.

Section 0, Paragraph 95, 77 characters.

Yo creo que el Risperdal tiene un inconveniente y es que no te deja eyacular.

Section 0, Paragraph 97, 41 characters.

Pues yo, hasta con el Risperdal 6 me pasa

Section 0, Paragraph 97, 29 characters.

.me produce orinarme...mearme

Section 0, Paragraph 97, 22 characters.

perder la consciencia

Section 0, Paragraph 97, 52 characters.

no poder caminar bien y que se me contraiga hasta...

4.3.3 Efectos complejos positivos

4.3.3.1 Efectos complejos positivos con los antipsicóticos típicos

Document 'AFEM 1', 8 passages, 575 characters.

Section 1, Paragraph 50, 71 characters.

Con el Tranxilium y el Modecate me encuentro mucho mejor, y el Dormodo

Section 1, Paragraph 58, 134 characters.

Y de salir de casa y todo pereza, pero por lo demás con el Risperdal 9mg. Y el Sinogan y un Akineton por la mañana me encuentro bien.

Section 1, Paragraph 127, 213 characters.

Fue Eskazine, creo que fue la dosis mínima, la dosis pediátrica creo que era, el caso es que note no sé si sería por placer un efecto muy tranquilizante, muy de encontrarme más alegre, más a gusto con el entorno

Section 1, Paragraph 86, 29 characters.

todo en general me iba mejor (con cisordinol)

Section 1, Paragraph 86, 154 characters.

Ahora estoy tomando solamente Cisordinol y me va muy bien, Cisordinol con el correspondiente Akineton y seis gotas de Sinogan para dormir y me va muy bien

Section 1, Paragraph 116, 38 characters.

el Haloperidol me viene de maravilla.

Section 1, Paragraph 234, 68 characters.

sí he respondido muy bien al Haloperidol, al Risperdal y al Modecate

Section 1, Paragraph 234, 33 characters.

ya llevo casi 4 años estabilizado (con haloperidol y modecate)

Section 1, Paragraph 240, 48 characters.

la mezcla de Cisordinol y Sinogan me va muy bien

Document '**AFEM 2**', 6 passages, 607 characters.

Section 1.1.1, Paragraph 42, 100 characters.

Yo llevo con el Modecate desde los 18 ó 19 años, todos los meses o cuando me tocaba.
Me ha ido bien,

Section 1.1.1, Paragraph 58, 104 characters.

Yo he tomado Modecate, Akineton, y ahora estoy con Meleril. Pero ahora estoy muy tranquilo, estoy bien.

Section 1.1.1, Paragraph 233, 110 characters.

También tomaba Sinogan entonces fue cuando me medicaban, luego se me estabilizó y fueron bajando la medicación

Section 1.1.1, Paragraph 269, 198 characters.

Yo tomaba Haloperidol en gotas, tomaba 5 - 5 - 5 y estaba como más activo como la mente más despejada, o sea, no más despejada ,como la mente queriendo indagar, queriendo experimentar cosas nuevas.

Section 1.1.1, Paragraph 283, 27 characters.

Con el Sinogan me va bien.

Section 1.1.1, Paragraph 355, 68 characters.

Yo con el Orap he sentido un alivio muy bueno lo poco que lo tomé ,

Document '**CRIS 1**', 2 passages, 99 characters.

Section 0, Paragraph 89, 78 characters.

A mi me iba muy bien el Largactil. Lo soportaba muy bien... cuando lo tomaba.

Section 0, Paragraph 107, 21 characters.

La Etumina me va bien

Document '**CRIS 2**', 2 passages, 111 characters.

Section 0, Paragraph 22, 40 characters.

cuando las tomo lo noto que me van bien (haloperidol y sinogán),

Section 0, Paragraph 22, 71 characters.

cuando tomo una dosis correcta, pues me van bien, noto que me van bien (haloperidol y sinogan)

Document '**CRIS 3**', 5 passages, 373 characters.

Section 0, Paragraph 140, 36 characters.

lo demás bien, me estabilizo, duermo (etumina)

Section 0, Paragraph 144, 45 characters.

Cuando tomaba el Eskazine estaba de maravilla

Section 0, Paragraph 164, 31 characters.

Eskazine me ha ido de maravilla

Section 0, Paragraph 530, 167 characters.

el Haloperidol, ya digo que es uno de los medicamentos que no es porque me deprima o me altere, si no porque me encuentro relajada y me hace estabilizarme, lo noto yo.

Section 0, Paragraph 544, 94 characters.

Con el Eskazine, yo me notaba mejor, más animada, no tenía tanta ansiedad y estaba más normal

Document '**CSM 1**', 1 passages, 327 characters.

Section 1.1, Paragraph 273, 327 characters.

Sin embargo, Largactil lo utilizaba hasta para trabajar. O sea, me iba a trabajar yo era basurero- ... ya hace tiempo que no trabajo, pero vaya. Era basurero, barrendero y me llevaba Largactil... me llevaba por que yo sabía que era bueno. Entonces me llevaba uno y si me encontraba mal, ¡pum!, me lo tomaba y se me pasaba todo

Document '**CSM 4**', 3 passages, 188 characters.

Section 0, Paragraph 162, 41 characters.

es un medicamento que me ha ido muy bien (modecate)

Section 0, Paragraph 162, 49 characters.

Entonces lo tomo y es como un euforizante para mí (modecate)

Section 0, Paragraph 180, 98 characters.

con el Risperdal y el Cisordinol, creo que me va mejor y cada vez mejoro más, cada día mejoro más

Document '**Piso tutelado**', 5 passages, 330 characters.

Section 0, Paragraph 28, 80 characters.

Una es...se llama...se llama Zyprexa y la otra Sinogan. Me la tomo y me va bien.

Section 0, Paragraph 42, 65 characters.

me tomo Haloperidol, Tegretol y Sinogan y me va bien de momento.

Section 0, Paragraphs 57-61, 107 characters.

también me dan Modecate, y ahora Risperdal al pasar aquí.

María .- ¿Y qué tal?

Manolo G .- Voy mejor.

Section 0, Paragraph 73, 48 characters.

.me pinchaba Lonseren y Modecate para estar bien

Section 0, Paragraph 177, 30 characters.

con el Modecate me rehabilita.

Document '**Residencia 2**', 2 passages, 178 characters.

Section 0, Paragraph 65, 122 characters.

llevo más...más de...debe llevar dieciseis años...no sé , o diecisiete, que me lo pongo...el Modecate...y me pone muy bien

Section 0, Paragraph 239, 56 characters.

Modecate, al pinchármelo el practicante me notaba mejor

4.3.3.2 Efectos complejos positivos con los antipsicóticos atípicos

Document 'AFEM 1', 7 passages, 598 characters.

Section 1, Paragraph 58, 134 characters.

Y de salir de casa y todo pereza, pero por lo demás con el Risperdal 9mg. Y el Sinogan y un Akineton por la mañana me encuentro bien.

Section 1, Paragraph 104, 151 characters.

ahora tomo 15mg. de Zyprexa, 3 Lexatin de 1,5mg y luego aparte para las drogas el Antaxone y Antabús para no beber alcohol. Me encuentro bastante bien.

Section 1, Paragraph 135, 126 characters.

Luego posteriormente me cambió a Zyprexa y a Trankimazin (antes tomaba Risperdal)y esto la verdad es que me va bastante bien.

Section 1, Paragraph 220, 58 characters.

Con el Zyprexa y el Trankimazin ahora estoy bastante bien

Section 1, Paragraph 228, 28 characters.

el Risperdal me iba muy bien

Section 1, Paragraph 234, 68 characters.

sí he respondido muy bien al Haloperidol, al Risperdal y al Modecate

Section 1, Paragraph 234, 33 characters.

ya llevo casi 4 años estabilizado (risperidona)

Document 'AFEM 2', 7 passages, 447 characters.

Section 1.1.1, Paragraph 40, 113 characters.

Ahora estoy tomando Zyprexa, muy bajito, porque de un tiempo a esta parte parece que estoy bastante estabilizada

Section 1.1.1, Paragraph 50, 60 characters.

Serdolect, que es uno de los que pienso que mejor me han ido

Section 1.1.1, Paragraph 50, 74 characters.

Últimamente es como mejor he estado en el transcurso de muchísimo tiempo,
(risperidona)

Section 1.1.1, Paragraph 56, 45 characters.

me va bien, es un medicamento que me va bien (risperidona)

Section 1.1.1, Paragraph 209, 38 characters.

yo como estoy ahora estoy muy a gusto (risperidona)

Section 1.1.1, Paragraph 219, 48 characters.

con el Zyprexa funciono mucho mejor que entonces

Section 1.1.1, Paragraph 253, 69 characters.

A mi también me ha ido muy bien el Risperdal pero a dosis muy bajas.

Document '**CRIS 1**', 9 passages, 743 characters.

Section 0, Paragraph 45, 49 characters.

A mi el Risperdal, al principio, me iba muy bien

Section 0, Paragraph 107, 30 characters.

la Zyprexa que tomo me va bien

Section 0, Paragraph 244, 92 characters.

el Zyprexa creo que también es muy bueno. Me lo estoy tomando ahora y creo que estoy mejor.

Section 0, Paragraph 260, 74 characters.

con el Risperdal, al principio de tomármelo, sí que encontré mucha mejoría

Section 0, Paragraphs 276-282, 257 characters.

Pero, ¿también has notado mejoría con el Risperdal?

José Luis S.- Sí, sí. Mejoría sí.

Cande.- Y, ¿en que has notado la mejoría?

José Luis S.- En que no tengo tanta ansiedad. Ya no noto tanta ansiedad. Me ha estabilizado. Ahora estoy más estabilizado.

Section 0, Paragraph 348, 113 characters.

Yo confío en el Zyprexa, yo confío en el Zyprexa. Creo que es lo último que han sacado y creo que me va muy bien.

Section 0, Paragraph 384, 20 characters.

Zyprexa me va bien.

Section 0, Paragraph 384, 78 characters.

A mi me gustaría poder tomarme el Risperdal, pero... me iba bien al principio

Section 0, Paragraph 388, 30 characters.

estoy mejor con la medicación (olanzapina)

Document '**CRIS 2**', 3 passages, 246 characters.

Section 0, Paragraph 30, 32 characters.

Yo tomo Risperdal y me va bien.

Section 0, Paragraph 49, 47 characters.

que estoy más... más... centrada en lo que hago (risperidona)

Section 0, Paragraph 85, 167 characters.

si la dosis es la correcta y eso, de no tomarte nada a tomarte el antipsicótico, pues, pues notas que... que ya no tienes esos miedos que sientes pánico y estás mejor

Document '**CRIS 3**', 17 passages, 1546 characters.

Section 0, Paragraph 71, 40 characters.

me lo cambiaron a Zyprexa y estoy mejor.

Section 0, Paragraph 73, 64 characters.

Y...el Zyprexa es lo que mejor me va, el Zyprexa y el Seroquel.

Section 0, Paragraph 75, 115 characters.

Y las crisis, hace como cuatro o cinco años, desde que estoy tomando Zyprexa, que ya no tengo ninguna crisis fuerte

Section 0, Paragraph 77, 34 characters.

El Risperdal también me estabilizó

Section 0, Paragraph 101, 209 characters.

A veces tengo rachas de temporadas de crisis, que es cuando estoy un poquito deprimido y ansioso, y todo esto, el Zyprexa me ayuda un poquito a rebajar lo que es la ansiedad y estar un poquito más estabilizado

Section 0, Paragraph 129, 38 characters.

el Risperdal me ayuda a estabilizarme

Section 0, Paragraph 140, 36 characters.

lo demás bien, me estabilizo, duermo

Section 0, Paragraph 148, 73 characters.

ahora con Zyprexa parece que tengo más... estoy mejor, estoy más estable.

Section 0, Paragraph 150, 65 characters.

creo que el tomarla continuada está teniendo su efecto para mejor

Section 0, Paragraphs 174-178, 197 characters.

Yo he llegado a tomar una pastilla nada más. He llegado a tomar 6 mg. de Risperdal por la noche y sólo tomaba eso...

Tico.- ¿Y, cómo te sentías?.

Mª José.- ...Y estuve unos meses de maravilla.

Section 0, Paragraph 257, 74 characters.

estando con el Zyprexa que estoy más estable, pues puedo estar trabajando

Section 0, Paragraph 512, 39 characters.

he notado que el Zyprexa me estabiliza

Section 0, Paragraph 532, 124 characters.

al principio Risperdal de 1 mg. y Akineton de... bueno... no sé de cuanto era... no me acuerdo. Y me encontraron mucho mejor

Section 0, Paragraph 536, 184 characters.

desde el momento que tomé Zyprexa hasta ahora, me encuentro más alegre, me gusta más asociarme con la gente, hablar más, más vivo, más vital, la palabra es vital, más fuerte, más vivo.

Section 0, Paragraphs 538-542, 74 characters.

con el Zyprexa soy más natural, más...

Tico.- Más viva...

Montse.- Sí.

Section 0, Paragraph 548, 148 characters.

ahora que tomo el Zyprexa, pues estoy estable y puedo trabajar, duermo las horas que me corresponden, no duermo más de ellas y puedo hacer más cosas

Section 0, Paragraph 694, 32 characters.

ahora tomo Zyprexa y me va mejor

Document 'CSM 1', 6 passages, 377 characters.

Section 1.1, Paragraph 18, 53 characters.

Pues yo estoy tomando Zyprexa, y me va bastante bien.

Section 1.1, Paragraph 44, 34 characters.

Y... bien. Con el Leponex voy bien

Section 1.1, Paragraph 48, 84 characters.

Yo tomo 2 ½ de Leponex ó 3 ... eso... en general y voy bien... eso... me encuentro.

Section 1.1, Paragraph 67, 88 characters.

Yo me llamo Ángel H. y lo que tomo ahora es Zyprexa 5mg. una por la noche y me va bien.

Section 1.1, Paragraph 135, 46 characters.

Además la Zyprexa, yo noto que me va muy bien

Section 1.1, Paragraph 349, 72 characters.

Lo que me noto es que desde que tomo Zyprexa, me encuentro mucho mejor,

Document 'CSM 2', 5 passages, 637 characters.

Section 0, Paragraph 19, 87 characters.

te permite hacer una vida más o menos normal y eso. Normal. Y...te facilita el estudio

Section 0, Paragraph 45, 63 characters.

El Zyprexa que tomo me ayuda a mantener la enfermedad estable.

Section 0, Paragraph 53, 97 characters.

desde que tomo la Zyprexa, los dos Valium y la pastilla de dormir, yo voy ...bien...bien...bien,

Section 0, Paragraph 301, 268 characters.

me levanto por las mañanas y me tomo el Antabus y un Dumirox. Medio Tranxilium de 50 y luego, ya durante el día a lo mejor me tomo otro medio por la tarde, Tranxilium de 50 y por la noche me tomo Dumirox de 100 y una Zyprexa de 10 mg... y me va la vida perfectamente.

Section 0, Paragraph 345, 122 characters.

el Risperdal y el Leponex, que es lo que he solido tomar durante estos siete años que he estado...(corte)... bastante bien

Document 'CSM 4', 8 passages, 571 characters.

Section 0, Paragraph 9, 76 characters.

lo que estoy tomando y me va muy bien es: el Plenur, el Zyprexa y el Dobupal

Section 0, Paragraph 70, 69 characters.

me lo cambió hará un año o así por el Risperdal, y noto mucha mejoría

Section 0, Paragraphs 72-74, 104 characters.

O sea, que para ti el cambio del Eskazine al Risperdal te ha ido bien.

Enrique C.- Me ha ido muy bien.

Section 0, Paragraph 146, 15 characters.

Me va muy bien.

Section 0, Paragraph 168, 53 characters.

Luego me cambiaron a Zyprexa y me encontré muy bien.

Section 0, Paragraph 180, 98 characters.

con el Risperdal y el Cisordinol, creo que me va mejor y cada vez mejoro más, cada día mejoro más

Section 0, Paragraph 220, 37 characters.

Pues a mí el Risperdal me va muy bien

Section 0, Paragraph 370, 119 characters.

Con este tratamiento que llevo ahora he notado mejoría. O sea, de cambiar del Risperdal a Zyprexa, yo he notado mejoría

Document '**Piso tutelado**', 2 passages, 187 characters.

Section 0, Paragraph 28, 80 characters.

Una es...se llama...se llama Zyprexa y la otra Sinogan. Me la tomo y me va bien.

Section 0, Paragraphs 57-61, 107 characters.

también me dan Modecate, y ahora Risperdal al pasar aquí.

María .- ¿Y qué tal?

Manolo G .- Voy mejor.

Document '**Residencia 1**', 1 passages, 64 characters.

Section 0, Paragraph 463, 64 characters.

A mi el Seroquel me va de maravilla, de maravilla, eso cura todo

Document '**Residencia 2**', 3 passages, 278 characters.

Section 0, Paragraph 79, 55 characters.

A mi lo que me salvó fue el Risperdal y el Tranxilium 5

Section 0, Paragraph 109, 184 characters.

pienso que Risperdal, aunque me haga esos efectos secundarios bastante acentuados, puede tener más perspectiva...eh...a la hora de dialogar y a la hora de captar... estoy más centrado.

Section 0, Paragraph 217, 39 characters.

Risperdal que funcionaba mejor también.

4.3.3.3 Efectos complejos positivos con la olanzapina

Document 'AFEM 1', 3 passages, 335 characters.

Section 1, Paragraph 104, 151 characters.

ahora tomo 15mg. de Zyprexa, 3 Lexatin de 1,5mg y luego aparte para las drogas el Antaxone y Antabús para no beber alcohol. Me encuentro bastante bien.

Section 1, Paragraph 135, 126 characters.

Luego posteriormente me cambió a Zyprexa y a Trankimazin (antes tomaba Risperdal)y esto la verdad es que me va bastante bien.

Section 1, Paragraph 220, 58 characters.

Con el Zyprexa y el Trankimazin ahora estoy bastante bien

Document 'AFEM 2', 2 passages, 161 characters.

Section 1.1.1, Paragraph 40, 113 characters.

Ahora estoy tomando Zyprexa, muy bajito, porque de un tiempo a esta parte parece que estoy bastante estabilizada

Section 1.1.1, Paragraph 219, 48 characters.

con el Zyprexa funciono mucho mejor que entonces

Document 'CRIS 1', 5 passages, 285 characters.

Section 0, Paragraph 107, 30 characters.

la Zyprexa que tomo me va bien

Section 0, Paragraph 244, 92 characters.

el Zyprexa creo que también es muy bueno. Me lo estoy tomando ahora y creo que estoy mejor.

Section 0, Paragraph 348, 113 characters.

Yo confío en el Zyprexa, yo confío en el Zyprexa. Creo que es lo último que han sacado y creo que me va muy bien.

Section 0, Paragraph 384, 20 characters.

Zyprexa me va bien.

Section 0, Paragraph 388, 30 characters.

estoy mejor con la medicación.

Document '**CRIS 3**', 14 passages, 1292 characters.

Section 0, Paragraph 51, 139 characters.

Yo actualmente con el Zyprexa estoy bastante estabilizada y lo llevo mucho mejor que antes. Lo que es la enfermedad, va cada vez a menos.

Section 0, Paragraph 71, 40 characters.

me lo cambiaron a Zyprexa y estoy mejor.

Section 0, Paragraph 73, 64 characters.

Y...el Zyprexa es lo que mejor me va, el Zyprexa y el Seroquel.

Section 0, Paragraph 75, 115 characters.

Y las crisis, hace como cuatro o cinco años, desde que estoy tomando Zyprexa, que ya no tengo ninguna crisis fuerte

Section 0, Paragraph 101, 209 characters.

A veces tengo rachas de temporadas de crisis, que es cuando estoy un poquito deprimido y ansioso, y todo esto, el Zyprexa me ayuda un poquito a rebajar lo que es la ansiedad y estar un poquito más estabilizado

Section 0, Paragraph 140, 36 characters.

lo demás bien, me estabilizo, duermo

Section 0, Paragraph 148, 73 characters.

ahora con Zyprexa parece que tengo más... estoy mejor, estoy más estable.

Section 0, Paragraph 150, 65 characters.

creo que el tomarla continuada está teniendo su efecto para mejor

Section 0, Paragraph 257, 74 characters.

estando con el Zyprexa que estoy más estable, pues puedo estar trabajando

Section 0, Paragraph 512, 39 characters.

he notado que el Zyprexa me estabiliza

Section 0, Paragraph 536, 184 characters.

desde el momento que tomé Zyprexa hasta ahora, me encuentro más alegre, me gusta más asociarme con la gente, hablar más, más vivo, más vital, la palabra es vital, más fuerte, más vivo.

Section 0, Paragraphs 538-542, 74 characters.

con el Zyprexa soy más natural, más...

Tico.- Más viva...

Montse.- Sí.

Section 0, Paragraph 548, 148 characters.

ahora que tomo el Zyprexa, pues estoy estable y puedo trabajar, duermo las horas que me corresponden, no duermo más de ellas y puedo hacer más cosas

Section 0, Paragraph 694, 32 characters.

ahora tomo Zyprexa y me va mejor

Document 'CSM 1', 4 passages, 259 characters.

Section 1.1, Paragraph 18, 53 characters.

Pues yo estoy tomando Zyprexa, y me va bastante bien.

Section 1.1, Paragraph 67, 88 characters.

Yo me llamo Ángel H. y lo que tomo ahora es Zyprexa 5mg. una por la noche y me va bien.

Section 1.1, Paragraph 135, 46 characters.

Además la Zyprexa, yo noto que me va muy bien

Section 1.1, Paragraph 349, 72 characters.

Lo que me noto es que desde que tomo Zyprexa, me encuentro mucho mejor,

Document 'CSM 2', 4 passages, 515 characters.

Section 0, Paragraph 19, 87 characters.

te permite hacer una vida más o menos normal y eso. Normal. Y...te facilita el estudio

Section 0, Paragraph 45, 63 characters.

El Zyprexa que tomo me ayuda a mantener la enfermedad estable.

Section 0, Paragraph 53, 97 characters.

desde que tomo la Zyprexa, los dos Valium y la pastilla de dormir, yo voy ...bien...bien...bien,

Section 0, Paragraph 301, 268 characters.

me levanto por las mañanas y me tomo el Antabus y un Dumirox. Medio Tranxilium de 50 y luego, ya durante el día a lo mejor me tomo otro medio por la tarde, Tranxilium de 50 y por la noche me tomo Dumirox de 100 y una Zyprexa de 10 mg... y me va la vida perfectamente.

Document '**CSM 4**', 4 passages, 263 characters.

Section 0, Paragraph 42, 87 characters.

me cambió el Zyprexa que me iba muy bien por el Risperdal. Y me va regular el Risperdal

Section 0, Paragraph 9, 76 characters.

lo que estoy tomando y me va muy bien es: el Plenur, el Zyprexa y el Dobupal

Section 0, Paragraph 146, 15 characters.

Me va muy bien.

Section 0, Paragraph 168, 53 characters.

Luego me cambiaron a Zyprexa y me encontré muy bien.

Section 0, Paragraph 370, 119 characters.

Con este tratamiento que llevo ahora he notado mejoría. O sea, de cambiar del Risperdal a Zyprexa, yo he notado mejoría

Document '**Piso tutelado**', 1 passages, 80 characters.

Section 0, Paragraph 28, 80 characters.

Una es...se llama...se llama Zyprexa y la otra Sinogan. Me la tomo y me va bien.

4.3.3.4 Efectos complejos positivos con la risperidona

Document 'AFEM 1', 4 passages, 263 characters.

Section 1, Paragraph 58, 134 characters.

Y de salir de casa y todo pereza, pero por lo demás con el Risperdal 9mg. Y el Sinogan y un Akineton por la mañana me encuentro bien.

Section 1, Paragraph 228, 28 characters.

el Risperdal me iba muy bien

Section 1, Paragraph 234, 68 characters.

sí he respondido muy bien al Haloperidol, al Risperdal y al Modecate

Section 1, Paragraph 234, 33 characters.

ya llevo casi 4 años estabilizado (con risperidona)

Document 'AFEM 2', 4 passages, 226 characters.

Section 1.1.1, Paragraph 50, 74 characters.

Últimamente es como mejor he estado en el transcurso de muchísimo tiempo,

Section 1.1.1, Paragraph 56, 45 characters.

me va bien, es un medicamento que me va bien

Section 1.1.1, Paragraph 209, 38 characters.

yo como estoy ahora estoy muy a gusto.

Section 1.1.1, Paragraph 253, 69 characters.

A mi también me ha ido muy bien el Risperdal pero a dosis muy bajas.

Document 'CRIS 1', 4 passages, 458 characters.

Section 0, Paragraph 45, 49 characters.

A mi el Risperdal, al principio, me iba muy bien

Section 0, Paragraph 260, 74 characters.

con el Risperdal, al principio de tomármelo, sí que encontré mucha mejoría

Section 0, Paragraphs 276-282, 257 characters.

Pero, ¿también has notado mejoría con el Risperdal?

José Luis S.- Sí, sí. Mejoría sí.

Cande.- Y, ¿en que has notado la mejoría?

José Luis S.- En que no tengo tanta ansiedad. Ya no noto tanta ansiedad. Me ha estabilizado. Ahora estoy más estabilizado.

Section 0, Paragraph 384, 78 characters.

A mi me gustaría poder tomarme el Risperdal, pero... me iba bien al principio

Document '**CRIS 2**', 3 passages, 246 characters.

Section 0, Paragraph 30, 32 characters.

Yo tomo Risperdal y me va bien.

Section 0, Paragraph 49, 47 characters.

que estoy más... más... centrada en lo que hago

Section 0, Paragraph 85, 167 characters.

si la dosis es la correcta y eso, de no tomarte nada a tomarte el antipsicótico, pues, pues notas que... que ya no tienes esos miedos que sientes pánico y estás mejor

Document '**CRIS 3**', 5 passages, 429 characters.

Section 0, Paragraph 77, 34 characters.

El Risperdal también me estabilizó

Section 0, Paragraph 129, 38 characters.

el Risperdal me ayuda a estabilizarme

Section 0, Paragraph 140, 36 characters.

lo demás bien, me estabilizo, duermo

Section 0, Paragraphs 174-178, 197 characters.

Yo he llegado a tomar una pastilla nada más. He llegado a tomar 6 mg. de Risperdal por la noche y sólo tomaba eso...

Tico.- ¿Y, cómo te sentías?.

Mª José.- ...Y estuve unos meses de maravilla.

Section 0, Paragraph 532, 124 characters.

al principio Risperdal de 1 mg. y Akineton de... bueno... no sé de cuanto era... no me acuerdo. Y me encontraron mucho mejor

Document 'CSM 2', 3 passages, 369 characters.

Section 0, Paragraph 19, 48 characters.

El Risperdal tomé y también era bueno, iba bien

Section 0, Paragraph 253, 28 characters.

ahora estoy un poquito mejor

Section 0, Paragraph 253, 219 characters.

Estoy un poco mejor porque tengo la sensación como que pienso más, que recapacito más, o sea, a la hora de hablar con las personas, siempre estoy discutiendo, o sea, no sé...tengo...siempre...siempre estoy discutiendo.

Section 0, Paragraph 345, 122 characters.

el Risperdal y el Leponex, que es lo que he solido tomar durante estos siete años que he estado...(corte)... bastante bien

Document 'CSM 4', 4 passages, 308 characters.

Section 0, Paragraph 70, 69 characters.

me lo cambió hará un año o así por el Risperdal, y noto mucha mejoría

Section 0, Paragraphs 72-74, 104 characters.

O sea, que para ti el cambio del Eskazine al Risperdal te ha ido bien.

Enrique C.- Me ha ido muy bien.

Section 0, Paragraph 180, 98 characters.

con el Risperdal y el Cisordinol, creo que me va mejor y cada vez mejoro más, cada día mejoro más

Section 0, Paragraph 220, 37 characters.

Pues a mí el Risperdal me va muy bien

Document '**Piso tutelado**', 1 passages, 107 characters.

Section 0, Paragraphs 57-61, 107 characters.

también me dan Modecate, y ahora Risperdal al pasar aquí.

María .- ¿Y qué tal?

Manolo G .- Voy mejor.

Document '**Residencia 2**', 3 passages, 278 characters.

Section 0, Paragraph 79, 55 characters.

A mi lo que me salvó fue el Risperdal y el Tranxilium 5

Section 0, Paragraph 109, 184 characters.

pienso que Risperdal, aunque me haga esos efectos secundarios bastante acentuados, puede tener más perspectiva...eh...a la hora de dialogar y a la hora de captar... estoy más centrado.

Section 0, Paragraph 217, 39 characters.

Risperdal que funcionaba mejor también.

4.3.4 Efectos complejos negativos

4.3.4.1 Efectos complejos negativos con los antipsicóticos típicos

Document 'AFEM 1', 4 passages, 310 characters.

Section 1, Paragraph 78, 105 characters.

me empezaron a dar Haloperidol, Risperdal, Sinogan y Akineton, pero me sentaban fatal, era una pesadilla

Section 1, Paragraphs 80-82, 51 characters.

Te sentaba mal? (la medicación)

Epsilon.- Fatal,

Section 1, Paragraph 86, 75 characters.

me empezaron a dar goteros, Haloperidol, Akineton y Sinogan, y igual de mal

Section 1, Paragraph 86, 79 characters.

el Modecate me dejaba inmovilizado, hecho polvo y con frases raros en la cabeza

Document 'AFEM 2', 2 passages, 191 characters.

Section 1.1.1, Paragraph 163, 109 characters.

El Modecate al principio te lo tienen que dar con un Akineton porque si no se te sube al coco, hacia arriba (modecate)

Section 1.1.1, Paragraph 165, 82 characters.

el resto de las horas que estas despierto de día estas a medio gas con el Meleril.

Document 'CRIS 1', 4 passages, 406 characters.

Section 0, Paragraph 31, 117 characters.

Yo he tomado Haloperidol, Sinogan, Largactil, Meleril y Decentan. Y me lo han tenido que quitar porque no me iba bien

Section 0, Paragraph 89, 78 characters.

El Eskazine me volvía loco. Tenía unas pesadillas muy malas. Me sentaba fatal.

Section 0, Paragraph 103, 157 characters.

El Haloperidol no me va bien. El Risperdal tampoco, el Largactil tampoco, el Meleril tampoco, el Decentan tampoco, el Dormodor tampoco y el Tegretol tampoco.

Section 0, Paragraph 392, 54 characters.

A mi el Haloperidol parece que me tenga que sentar mal

Document '**CRIS 2**', 2 passages, 117 characters.

Section 0, Paragraph 34, 92 characters.

Un choque brutal de tres Sinogan 100 al día, que les cogí un odio... me anularon totalmente.

Section 0, Paragraph 421, 25 characters.

Que estaba muy agresivo (haloperidol)

Document '**CSM 1**', 5 passages, 370 characters.

Section 1.1, Paragraph 52, 44 characters.

el problema que tengo es falta de vitalidad (eskazine)

Section 1.1, Paragraph 269, 85 characters.

el Haloperidol. Bueno, no era que no me gustase, si no que notaba yo que me hacía mal

Section 1.1, Paragraph 273, 40 characters.

con el Sinogán tuve una mala experiencia

Section 1.1, Paragraph 339, 107 characters.

A mi por ejemplo, el Decentan que es para contrarrestar la medicación, me sentaba fatal, no lo podía tomar.

Section 1.1, Paragraph 367, 94 characters.

Yo, en un principio me encontraba muy mal cuando tomaba Haloperidol, el Sinogán y el Risperdal

Document '**CSM 2**', 7 passages, 734 characters.

Section 0, Paragraph 5, 63 characters.

Entre el Haloperidol y el Akineton me dejaban hecho un vegetal.

Section 0, Paragraph 19, 211 characters.

Y Eskazine...Eskazine, sí. Eskazine eran unas pastillas azules y...sí , me hacían pensar mucho...me hacían pensar mucho sobre el entorno y...dan un poco de... pensamientos que no eran demasiado positivos, y eso.

Section 0, Paragraph 27, 40 characters.

con el Sinogan me quedaba muy pesado, yo

Section 0, Paragraph 27, 127 characters.

Haloperidol también lo tomé, pero lo peor es que me dejaba muchos efectos secundarios nocivos, el Haloperidol. No, no me gusta.

Section 0, Paragraph 35, 181 characters.

con el Eskazine. Hace...al principio. Y yo en realidad no es que me comiera mucho el coco, pero eso, yo que sé, me hacía pensar cosas que no eran muy positivas. Como un poco raras.

Section 0, Paragraph 120, 41 characters.

No me deja del todo...no me sienta bien (largactil)

Section 0, Paragraph 154, 113 characters.

con el Haloperidol y el Akineton juntos los dos, hacen como...como ...un estado como vegetal, ¿no?, como vegetal

Section 0, Paragraph 164, 85 characters.

el Modecate pinchado, que me sentaba muy muy mal, me daba por aguantar la respiración

Document 'CSM 4', 5 passages, 360 characters.

Section 0, Paragraph 116, 26 characters.

El Largactil me sentó mal.

Section 0, Paragraph 116, 87 characters.

pasé una semana horrorosa con el Largactil. Pero horrorosa, horrorosa. Lo pasé muy mal.

Section 0, Paragraph 120, 90 characters.

recuerdo que me daban la medicación y yo estaba mal y cada vez más mal y cada vez más mal (largactil)

Section 0, Paragraph 168, 72 characters.

A mi con el Valium y el Sinogan, estaba siempre nervioso. No me iba bien

Section 0, Paragraph 180, 85 characters.

con el Haloperidol y con el Eskazine, sentía como la cabeza, así, un poco trastornada

Document '**Piso tutelado**', 2 passages, 230 characters.

Section 0, Paragraph 111, 34 characters.

cada vez que me pinchan Modecate me se van la mitad de las presiones, la mitad de lo que tengo en el cerebro se me queda bloqueado y... voy muy lento...muy lento en todo

Section 0, Paragraph 252, 196 characters.

algunos como el... añadir el Modecate se me... se me empezó a distorsionar la...la comunicación con mi...con mi... mi subconsciente, bueno, mi consciencia ...conciencia y...y el aparato locomotor

Document '**Residencia 2**', 2 passages, 166 characters.

Section 0, Paragraph 133, 28 characters.

me hacía daño el Cisordinol.

Section 0, Paragraph 147, 138 characters.

cuando me aumentaban a una entera la inyección de Cisordinol, pues, pues, vamos me...no sé...me dejaba rígido...no...dejaba de ser persona

4.3.4.2 Efectos complejos negativos con los antipsicóticos atípicos

Document 'AFEM 1', 2 passages, 575 characters.

Section 1, Paragraph 78, 105 characters.

me empezaron a dar Haloperidol, Risperdal, Sinogan y Akineton, pero me sentaban fatal, era una pesadilla

Section 1, Paragraph 139, 470 characters.

cuando me tomaba Zyprexa, por lo menos al principio luego ya no lo sé, tomaba Zyprexa pero no tomaba Trankimazin, me ponía muy paranoico, pero no como antes que era algo exterior que lo controlaba, era como algo de los pensamientos, mas interno. Cuando tomaba Zyprexa y no tomaba Trankimazin algo de paranoias como más intensas digamos más internas ¡sabes!, que las podría controlar pero me las creía más que las otras, aunque sabía que eran mentira me hacían sentir mal

Document 'AFEM 2', 1 passage, 162 characters

Section 1.1.1, Paragraph 50, 162 characters.

A mí el medicamento éste, lo que más se nota es que me droga mucho y como hay que tomar casi la misma dosis por la noche que por el día y yo veo que es muy fuerte (seroquel)

Document 'CRIS 1', 2 passages, 337 characters.

Section 0, Paragraph 103, 157 characters.

El Haloperidol no me va bien. El Risperdal tampoco, el Largactil tampoco, el Meleril tampoco, el Decentan tampoco, el Dormodor tampoco y el Tegretol tampoco.

Section 0, Paragraph 260, 180 characters.

con el Risperdal, al principio de tomármelo, sí que encontré mucha mejoría, pero, al cabo de un mes o medio mes o cosa de un mes, empecé a que no podía levantarme de la cama y mal.

Document 'CRIS 2', 2 passages, 135 characters.

Section 0, Paragraph 307, 61 characters.

Se me hacía insoportable el autobús de Castellón a mi pueblo (seroquel)

Section 0, Paragraph 307, 74 characters.

no mandaba nada de mi mismo, no me podía controlar... desagradable total (seroquel)

Document '**CRIS 3**', 3 passages, 158 characters.

Section 0, Paragraph 71, 48 characters.

con el Risperdal parecia un autómeta, un robot,

Section 0, Paragraph 148, 78 characters.

Yo tomaba antes Risperdal y me sentía como una autómeta, no me encontraba bien

Section 0, Paragraph 694, 32 characters.

el Risperdal que no me iba bien

Document '**CSM 1**', 3 passages, 717 characters.

Section 1.1, Paragraph 52, 511 characters.

Tengo otros problemas pero son derivados de cuando tomaba Risperdal. Son la inhibición de la actividad física y eso es lo que ... del resto voy normal. Yo corría, hacia deporte, tenía mucho (...), tenía muchas inquietudes... entonces , ha habido un parón de la actividad física y de ganas de hacer cosas. Bueno de ganas de hacer cosas, no. Hago cosas, pero ganas de hacer proyectos... o a largo plazo o a medio plazo. Solamente hago lo que es a corto plazo, todo lo que es del momento, el resto ha desaparecido.

Section 1.1, Paragraph 367, 94 characters.

Yo, en un principio me encontraba muy mal cuando tomaba Haloperidol, el Sinogán y el Risperdal

Section 1.1, Paragraph 379, 112 characters.

el Risperdal me sentó mal, ¿no?, o sea... eso fue en el año 97, que me lo pusieron el Risperdal y me sentó mal.

Document '**CSM 2**', 1 passages, 28 characters.

Section 0, Paragraph 5, 28 characters.

el Risperdal me fue muy mal.

Document '**Residencia 1**', 8 passages, 441 characters.

Section 0, Paragraph 54, 33 characters.

me dan Seroquel y me siento mal.

Section 0, Paragraphs 56-58, 78 characters.

¿has tomado alguna más?

Javier A..- Si, Risperdal, también me sienta mal.

Section 0, Paragraph 69, 32 characters.

El Risperdal no me sentaba bien

Section 0, Paragraph 159, 11 characters.

Me iba mal (risperidona)

Section 0, Paragraph 205, 60 characters.

Yo no la había probado nunca, me tomé uno y me puse malísimo (risperidona)

Section 0, Paragraph 261, 73 characters.

Yo también he tomado Risperdal y tampoco me ha sentado bien el Risperdal.

Section 0, Paragraph 267, 67 characters.

Con el Risperdal me engorda, engordé mucho y no me ha sentado bien.

Section 0, Paragraph 471, 87 characters.

Antes me daban una que no me gustaba nada, no podía eyacular ni nada, me sentía muy mal (risperidona)

4.3.4.3 Efectos complejos negativos con la olanzapina

Document 'AFEM 1', 1 passages, 470 characters.

Section 1, Paragraph 139, 470 characters.

cuando me tomaba Zyprexa, por lo menos al principio luego ya no lo sé, tomaba Zyprexa pero no tomaba Trankimazin, me ponía muy paranoico, pero no como antes que era algo exterior que lo controlaba, era como algo de los pensamientos, mas interno. Cuando tomaba Zyprexa y no tomaba Trankimazin algo de paranoias como más intensas digamos más internas ¡sabes!, que las podría controlar pero me las creía más que las otras, aunque sabía que eran mentira me hacían sentir mal

4.3.4.4 Efectos complejos negativos con la risperidona

Document 'AFEM 1', 1 passages, 105 characters.

Section 1, Paragraph 78, 105 characters.

me empezaron a dar Haloperidol, Risperdal, Sinogan y Akineton, pero me sentaban fatal, era una pesadilla

Document 'CRIS 1', 2 passages, 337 characters.

Section 0, Paragraph 103, 157 characters.

El Haloperidol no me va bien. El Risperdal tampoco, el Largactil tampoco, el Meleril tampoco, el Decentan tampoco, el Dormodor tampoco y el Tegretol tampoco.

Section 0, Paragraph 260, 180 characters.

con el Risperdal, al principio de tomármelo, sí que encontré mucha mejoría, pero, al cabo de un mes o medio mes o cosa de un mes, empecé a que no podía levantarme de la cama y mal.

Document 'CRIS 3', 3 passages, 158 characters.

Section 0, Paragraph 71, 48 characters.

con el Risperdal parecía un autómeta, un robot,

Section 0, Paragraph 148, 78 characters.

Yo tomaba antes Risperdal y me sentía como una autómeta, no me encontraba bien

Section 0, Paragraph 694, 32 characters.

el Risperdal que no me iba bien

Document 'CSM 1', 3 passages, 717 characters.

Section 1.1, Paragraph 52, 511 characters.

Tengo otros problemas pero son derivados de cuando tomaba Risperdal. Son la inhibición de la actividad física y eso es lo que ... del resto voy normal. Yo corría, hacia deporte, tenía mucho (...), tenía muchas inquietudes... entonces , ha habido un parón de la actividad física y de ganas de hacer cosas. Bueno de ganas de hacer cosas, no. Hago cosas, pero ganas de hacer proyectos... o a largo plazo o a medio plazo. Solamente hago

lo que es a corto plazo, todo lo que es del momento, el resto ha desaparecido.

Section 1.1, Paragraph 367, 94 characters.

Yo, en un principio me encontraba muy mal cuando tomaba Haloperidol, el Sinogán y el Risperdal

Section 1.1, Paragraph 379, 112 characters.

el Risperdal me sentó mal, ¿no?, o sea... eso fue en el año 97, que me lo pusieron el Risperdal y me sentó mal.

Document '**CSM 2**', 1 passages, 28 characters.

Section 0, Paragraph 5, 28 characters.

el Risperdal me fue muy mal.

Document '**CSM 4**', 2 passages, 113 characters.

Section 0, Paragraph 42, 28 characters.

Y me va regular el Risperdal

Section 0, Paragraph 180, 85 characters.

con el Haloperidol y con el Eskazine, sentía como la cabeza, así, un poco trastornada

Document '**Residencia 1**', 7 passages, 408 characters.

Section 0, Paragraphs 56-58, 78 characters.

¿has tomado alguna más?

Javier A..- Si, Risperdal, también me sienta mal.

Section 0, Paragraph 69, 32 characters.

El Risperdal no me sentaba bien y me lo quitaron

Section 0, Paragraph 159, 11 characters.

Me iba mal

Section 0, Paragraph 205, 60 characters.

Yo no la había probado nunca, me tomé uno y me puse malísimo

Section 0, Paragraph 261, 73 characters.

Yo también he tomado Risperdal y tampoco me ha sentado bien el Risperdal.

Section 0, Paragraph 267, 67 characters.

Con el Risperdal me engorda, engordé mucho y no me ha sentado bien.

Section 0, Paragraph 471, 87 characters.

Antes me daban una que no me gustaba nada, no podía eyacular ni nada, me sentía muy mal