



## **FACULTAD DE FARMACIA**

Grado en Farmacia

# **IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LAS ALTERACIONES EN LA APARIENCIA FÍSICA ASOCIADAS AL TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

Memoria de Trabajo Fin de Grado

Sant Joan d'Alacant

Junio 2019

**Autor:** Lidia Segarra Márquez

**Modalidad:** Revisión bibliográfica

**Tutores:** Francisco Navarrete Rueda / Emilio Pol Yanguas

## ÍNDICE

RESUMEN.....	4
1. INTRODUCCIÓN .....	5
1.1. Concepto de trastorno mental grave .....	5
1.2. Implicaciones del estigma social y la apariencia física en psiquiatría .....	5
1.3. Impacto del tratamiento con antipsicóticos sobre la apariencia física.....	8
2. OBJETIVOS .....	11
3. MATERIAL Y MÉTODOS .....	12
3.1. Revisión bibliográfica .....	12
- Diseño .....	12
- Procedimiento de búsqueda.....	12
3.2. Método observacional.....	15
- Diseño .....	15
- Ámbito de estudio.....	15
- Criterios para la selección y valoración de los testimonios de los pacientes ingresados en el Centro de Salud Mental Dr. Esquerdo.....	15
4. RESULTADOS.....	16
4.1. EFECTOS ADVERSOS, APARIENCIA, ESTIGMA Y SUBJETIVIDAD ...	16
- Efectos adversos derivados del uso de antipsicóticos y su relación con el estigma social del trastorno mental.....	17
- Percepción subjetiva del trastorno mental por parte del paciente e influencia sobre la adherencia terapéutica .....	20
4.2. CASOS REALES, PERCEPCIÓN Y CONSECUENCIAS .....	24
- SIALORREA.....	24
- INCONTINENCIA URINARIA .....	25
- AUMENTO DE PESO.....	25
- HIRSUTISMO.....	26
- ALTERACIONES MOTORAS .....	26
- MARCHA PARKINSONIANA.....	26
- DISCINESIA TARDÍA .....	27
- DISTONIA AGUDA .....	27
- PROBLEMAS EN LOS DIENTES.....	27
4.3. ESTUDIO OBSERVACIONAL EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DR. ESQUERDO.....	29

-	Los efectos adversos más estigmatizantes. ....	29
-	Quejas de los pacientes relacionadas con su aspecto físico. ....	30
-	Educación a todos los profesionales sanitarios ....	30
-	Grupos focales de pacientes con trastorno mental grave y persistente. ....	31
5.	DISCUSIÓN .....	33
6.	CONCLUSIONES .....	37
7.	BIBLIOGRAFÍA .....	38



## RESUMEN

La apariencia física es un factor importante de aceptación social. Los enfermos mentales pueden presentar un deterioro de su imagen debido a factores añadidos a la enfermedad, como pueden ser un estilo de vida difícil inducido por la enfermedad mental y los efectos secundarios de los antipsicóticos. Una causa especial de abandono son los efectos adversos relacionados con la apariencia y que los pacientes identifican como estigmatizantes socialmente.

El objetivo principal de este trabajo ha consistido en explorar los efectos adversos que frecuentemente aparecen en la práctica clínica diaria con pacientes que sufren un trastorno mental grave, y que afectan a la apariencia física produciendo una serie de consecuencias terapéuticas y sociales.

Por una parte, se ha procedido a realizar una búsqueda bibliográfica lo más exhaustiva posible, y por otra parte se ha realizado una descripción sobre las observaciones realizadas en terapias con grupos focales que tuvieron lugar en el centro de salud mental Dr. Esquerdo.

Los efectos adversos que más afectan negativamente a la imagen personal son: aumento de peso, problemas en los dientes, hirsutismo, sialorrea, distonias, marcha parkinsoniana, discinesias e incontinencia urinaria. Estos efectos producen una disminución de la autoestima y de la calidad de vida, dando lugar a dificultades psicosociales e insatisfacción corporal. Los profesionales de la salud en general infravaloran los efectos indeseados respecto a la percepción subjetiva de los pacientes. Esto lleva en ocasiones a la ruptura de la alianza terapéutica y al abandono del tratamiento, afectando al proceso de rehabilitación.

Las publicaciones y trabajos que abordan esta problemática son muy escasos, reflejando el estigma y vacío que sigue existiendo actualmente en relación al adecuado manejo terapéutico de los trastornos psiquiátricos. La atención y mayor conocimiento de este problema supone una oportunidad para mejorar el tratamiento de los pacientes con trastorno mental grave por parte de los profesionales sanitarios implicados.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Concepto de trastorno mental grave

El trastorno mental es un síndrome caracterizado por alteraciones clínicamente significativas del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes<sup>1</sup>.

En la literatura internacional se ha llegado al concepto de “trastorno mental grave y persistente”, también denominado “trastorno mental severo”, “enfermedad mental grave de larga evolución” o “enfermedad mental grave y crónica”. Este concepto engloba tres dimensiones que deben estar presentes: un diagnóstico psiquiátrico referido a patologías graves (psicosis, trastornos de personalidad, etc.), una situación de discapacidad o desventaja provocada por la enfermedad, y un tiempo prolongado, referido éste a que el pronóstico de esta enfermedad y de estas desventajas supone que no van a remitir o solucionarse en un breve período temporal<sup>2</sup>.

### 1.2. Implicaciones del estigma social y la apariencia física en psiquiatría

Los aspectos más importantes para considerar la efectividad de un tratamiento en un paciente con trastorno mental grave son: síntomas afectivos y cognitivos, funcionamiento del paciente, bienestar subjetivo y calidad de vida<sup>3</sup>. Es decir, el objetivo principal es lograr la recuperación o rehabilitación del paciente. Rehabilitar es ‘restituir a una persona o cosa a su estado anterior’, y la rehabilitación es ‘el conjunto de métodos destinados a recuperar una actividad o función perdida como consecuencia de un traumatismo o enfermedad’. Evidentemente, en el campo médico éste es claramente el objetivo a conseguir, pero dentro del campo de la intervención social, el concepto de rehabilitación no hace ya sólo referencia a la mejora de capacidades o habilidades, sino que también se refiere al conjunto de apoyos o condiciones necesarias para que una persona se mantenga con un nivel de funcionamiento determinado. Así, el

rehabilitar incluye tanto el mejorar como el mantener o evitar una situación peor durante el mayor tiempo posible <sup>2</sup>.

En la enfermedad mental uno de los factores por los que va a estar condicionada la rehabilitación es el estigma social<sup>4</sup>. El estigma social, como ya describió Goffman en 1963, se define como el rechazo social por características o creencias que van en contra de las normas culturales establecidas<sup>5</sup>. Las personas que padecen una enfermedad mental tienen que enfrentarse diariamente tanto a los síntomas de la propia enfermedad como al estigma. Los síntomas característicos de una enfermedad mental como pueden ser las alucinaciones recurrentes, delirios o cambios de ánimo, pueden hacer difícil, para alguien que los padezca, trabajar, vivir independientemente o lograr una calidad de vida satisfactoria. Además de enfrentarse diariamente a estos síntomas, estas personas tienen que lidiar con el estigma que produce ser un enfermo mental, ya que las reacciones por parte de la sociedad dan lugar a desventajas, ocasionando discriminaciones y prejuicios por parte de la comunidad<sup>6</sup>.

Las personas con enfermedad mental grave y persistente son los principales afectados por el estigma que rodea a la enfermedad mental. Por una parte, son capaces de identificar los estereotipos sociales sobre ellos y los prejuicios sobre sus comportamientos a través de las experiencias de discriminación que viven a menudo. Por otra parte, son víctimas del auto-estigma, al interiorizar estos estereotipos sociales, lo que con frecuencia, provoca en ellos sentimientos de minusvaloración y baja autoestima que fomentan la auto-discriminación y el auto-aislamiento social<sup>7</sup>. De esta forma, personas que llevan su enfermedad mental lo suficientemente bien como para trabajar, sin embargo tienen graves dificultades para encontrar un empleo porque los empleadores los discriminan. Los servicios comunitarios destinados a la reinserción pierden eficacia por esto, y la rehabilitación se frustra<sup>6</sup>.

Estar estigmatizado se define en el diccionario de la lengua como 1. m. "Marca o señal en el cuerpo"; 2. m. "Desdoro, afrenta, mala fama". La segunda acepción implica que alguien sepa algo indeseable de tu historia. Mientras que

la primera implica que alguien vea algo indeseable en ti. ¿Se ve la enfermedad mental? ¿La enfermedad mental conlleva rasgos físicos particulares? El DSM-5 no hace referencia a ningún rasgo físico, por tanto las características desveladoras de la enfermedad tienen que ser algo sobre añadido<sup>1</sup>.

La apariencia física ha sido asociada con el estatus y la autoestima, tanto como con las oportunidades sociales. Además es un indicador de la identidad personal y un determinante de éxito, no solo en los jóvenes, sino a lo largo de toda la vida. Las mujeres atractivas han sido juzgadas más felices, psicológicamente más sanas, y se sienten más orgullosas de sí mismas que las que no eran atractivas<sup>8</sup>.

Los individuos atractivos reciben un tratamiento preferencial a lo largo de su vida, lo que resulta en una mayor adaptación social<sup>9</sup>, pudiendo decir que presentan una ventaja social definida<sup>10</sup>. Los individuos menos atractivos reciben una retroalimentación social menos positiva, esto va a suponer un factor estresante para ellos y va a interferir en el aprendizaje de las habilidades sociales. Comparado con los controles, los individuos con trastorno mental eran calificados con una menor puntuación en el atractivo físico, incluso después de haberlo controlado por edad y estatus socioeconómico<sup>9</sup>.

La hipótesis anterior también puede explicar por qué los pacientes psiquiátricos físicamente más atractivos permanecen fuera del hospital durante períodos prolongados, y las mujeres con diagnósticos psiquiátricos más atractivas presentaron mejor ajuste social según los informadores. Además, los pacientes con mejor atractivo pueden ser mejor tratados por el personal y otros pacientes. Esto puede dar lugar a un aumento de su autoestima y confianza, promoviendo que se diera el alta antes<sup>10, 11</sup>.

En general se le presta poca atención a las variables que pueden influenciar el atractivo físico de las personas que padecen algún trastorno mental. Las habilidades sociales pueden considerarse como una de estas variables. Comparado con los controles, los individuos con esquizofrenia demostraron un consistente déficit en las habilidades sociales. De forma general, el déficit en las habilidades sociales asociadas a la enfermedad mental pueden aumentar las percepciones negativas por parte de la comunidad a través de la disminución del

atractivo físico percibido del paciente. Esas percepciones negativas pueden dar lugar a que se vea comprometida la recuperación de la integración social del paciente, haciendo a la persona más vulnerable al estrés, recaídas y resultado negativo de la enfermedad. Por tanto, el entrenamiento de las habilidades sociales en los pacientes psiquiátricos podría tener multitud de beneficios más allá de la enmienda de las propias habilidades<sup>9</sup>.

### 1.3. Impacto del tratamiento con antipsicóticos sobre la apariencia física.

El padecimiento de un trastorno mental grave tiene un gran impacto en el estilo de vida. En los pacientes con este diagnóstico, la apariencia física puede verse dañada por diferentes factores como pueden ser la disminución de la capacidad del autocuidado, la discriminación del cuidado por parte de otros y por los acontecimientos adversos provocados por los antipsicóticos que se suelen prescribir.

La efectividad de los antipsicóticos en cuanto a mejorar los síntomas positivos<sup>12</sup> y la prevención de recaídas en los dos primeros años de enfermedad es algo que ha sido demostrado<sup>13</sup>. Sin embargo, estos beneficios pueden en parte verse mermados por los efectos adversos que pueden suponer estigmatización, al ser visibles y reveladores por otros, dando lugar a una reducción subjetiva de la satisfacción del paciente, de la calidad de vida y del funcionamiento.<sup>2</sup>

Respecto a pacientes psicóticos adherentes, los no adherentes presentan un mayor riesgo de recaídas (OR=10,27, p=0,01) y de hospitalización (OR=4,00, p=0,03)<sup>14</sup>. El 74% de los pacientes dejan de tomarse la medicación antes de los 18 meses<sup>15</sup>.

Una revisión refirió que en el plazo de un año los pacientes en tratamiento antipsicótico pueden desarrollar pseudoparkinsonismo, akatisia y discinesia tardía. Los efectos adversos anticolinérgicos también son muy frecuentes, como visión borrosa, estreñimiento o sequedad de boca. Asimismo, las dificultades urinarias e hipersalivación y babeo también pueden tener lugar. Otro de los efectos adversos habituales asociados al tratamiento con antipsicóticos es el denominado síndrome metabólico. Igualmente se detecta hiperprolactinemia, con mayor frecuencia en las mujeres<sup>16</sup>.

Una de las limitaciones que existen acerca del valor que tienen los efectos adversos descritos previamente sobre el proceso de recuperación del paciente con trastorno mental grave, son las carencias que se presentan en cuanto a su evaluación en diversos estudios clínicos. Además de las limitaciones intrínsecas de los ensayos clínicos que los separan de la praxis diaria, en relación con los efectos adversos derivados del tratamiento con antipsicóticos nos encontramos en algunas ocasiones con carencias en la forma en que estos son registrados y evaluados. Una revisión mostró la escasez de evaluaciones acerca de las experiencias subjetivas aversivas de los sujetos que están en tratamiento antipsicótico. Las anormalidades metabólicas y la disfunción sexual también son escasamente evaluadas, y la descripción y notificación de estos efectos adversos son inconsistentes<sup>17</sup>.

La farmacoterapia implica un balance entre los efectos positivos y los efectos adversos indeseables<sup>18</sup>. La percepción de los beneficios resultaría del conocimiento de la enfermedad y la eficacia de la mediación según la experiencia de los síntomas residuales y el nivel de funcionamiento (calidad de vida y empleo). Las desventajas incluirían los efectos adversos de la medicación, el costo, el estigma y las molestias asociadas con tener que tomar psicofármacos. Los pacientes perciben tanto los síntomas como los efectos adversos de una manera similar. Ambos impiden el bienestar del sujeto, es decir, normalidad de función, sentimiento y apariencia hacia el mundo exterior. Entre los factores que influyen en la respuesta subjetiva incluyen la experiencia previa con medicamentos, las creencias sobre la salud y la calidad de la alianza terapéutica<sup>3</sup>.

Es frecuente ver en un corto periodo de tiempo, cómo una persona joven en su primer episodio de psicosis se vuelve descuidada y con considerable aumento de peso tras haber iniciado el tratamiento antipsicótico. Esto es alarmante para los clínicos, la persona afectada y su familia<sup>8</sup>. Este cambio subjetivo experimentado en una fase temprana del tratamiento antipsicótico se ha descrito comúnmente como sentirse "apático", "momificado", "como zombies", y "ser incapaces de pensar"<sup>19</sup>.

Este deterioro en la imagen en los pacientes psiquiátricos producido por los efectos adversos asociados a los antipsicóticos, da lugar en ocasiones a la ruptura de la alianza terapéutica y al abandono del tratamiento con los riesgos consiguientes. En el presente trabajo se han revisado en profundidad todos aquellos efectos adversos que se derivan del tratamiento antipsicótico y que afectan en mayor o menor medida a la apariencia física de los pacientes y, por ende, a la percepción subjetiva de su enfermedad. Además, se han tenido en cuenta factores lamentablemente todavía presentes como el estigma social, que impactan directamente en el proceso de recuperación. Finalmente, gracias a la estancia en el Centro de Salud Mental Dr. Esquerdo se han podido recopilar los testimonios de pacientes con trastorno mental grave en relación a la percepción que tienen de su enfermedad, y cómo ello podría poner en riesgo el proceso de rehabilitación o recuperación.



## 2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio consiste en explorar los efectos adversos de los antipsicóticos relacionados con la apariencia física de los pacientes con enfermedad mental, y la percepción subjetiva que tienen acerca de éstos.

Para ello, este trabajo se centra en una serie de objetivos secundarios:

- Conocer los distintos efectos adversos visibles que hacen que se reconozca quién es el paciente que padece un trastorno mental, y consecuentemente surjan los aspectos asociados al estigma social que impactan directamente en la integración y recuperación de estos pacientes.
- Conocer la percepción y las actitudes de los pacientes hacia el tratamiento antipsicótico que toman.
- Descripción de la vivencia de casos de pacientes que desarrollan alguno de estos problemas y sus consecuencias terapéuticas y sociales.
- Recopilación de experiencias personales durante mi estancia en el centro de salud mental Dr. Esquerdo.

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1. Revisión bibliográfica**

##### **- Diseño**

Revisión de la literatura existente sobre las implicaciones terapéuticas de las alteraciones en la apariencia física asociadas al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con trastorno mental grave.

##### **- Procedimiento de búsqueda**

La búsqueda de todos los artículos incluidos en el trabajo se realizó en la base de datos Medline, a través de su buscador PubMed.

##### **Criterios de inclusión**

- Artículos que tratasen sobre las implicaciones terapéuticas de las alteraciones en la apariencia física asociadas al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con trastorno mental grave.
- Artículos escritos en inglés o español.
- Se aceptaron artículos originales y revisiones sistemáticas.

##### **Criterios de exclusión**

- Artículos que estuvieran duplicados.
- Artículos que no se pudieran visualizar a través del acceso personalizado de la Universidad Miguel Hernández.
- Artículos que trataban sobre efectos adversos que dañaban la imagen corporal debido a la toma de otros psicofármacos que no fuesen antipsicóticos.
- Artículos no centrados en la temática del estudio.

La búsqueda se subdividió en los siguientes bloques temáticos:

### 1. EFFECTOS ADVERSOS, APARIENCIA, ESTIGMA Y SUBJETIVIDAD

En primer lugar, se realizó una búsqueda en los “descriptores de ciencia de la salud (DecS)” utilizando las palabras “antipsicóticos” y “estética” para obtener los equivalentes MeSH. Finalmente, los términos de búsqueda fueron: “Antipsychotics Agents” y “esthetics”. Se realizó una búsqueda con estos términos introduciéndolos en el PubMed Search Builder enlazados con el operador “AND”. La frase resultante fue: (“Antipsychotic Agents”[Mesh]) AND “Esthetics”[Mesh]. Con esta búsqueda únicamente apareció un artículo: ‘Antipsychotics and physical attractiveness’. A raíz de encontrar este trabajo, el cual trataba el tema en el que se centra esta investigación, y debido a la escasez de artículos que tratan directamente sobre este tema, se realizó una exploración de los artículos similares con la finalidad de identificar efectos adversos relacionados con la apariencia y el uso de antipsicóticos. Además, se realizaron distintas estrategias de búsqueda con el objetivo de encontrar más artículos que fuesen de interés, pero pocos de los artículos encontrados se pudieron incluir en el trabajo, ya que no encajaba con nuestro criterio de búsqueda.

- (“Mentally Ill Persons”[Mesh]) AND “Physical Appearance, Body”[Mesh]: 0 artículos.
- (“Antipsychotic Agents/adverse effects”[Mesh]) AND “Social Stigma”[Mesh] AND “Treatment Adherence and Compliance”[Mesh]: 0 artículos.
- (“Antipsychotic Agents”[Mesh]) AND “Physical Appearance, Body”[Mesh] AND “adverse effects” [Subheading]: 6 artículos, se incluyeron 0.
- (“Physical Appearance, Body”[Mesh]) AND “Antipsychotic Agents”[Mesh]: 6 artículos, se incluyeron 0
- (“Antipsychotic Agents/adverse effects”[Mesh]) AND “social stigma”[Mesh]: 3 artículos, se incluyeron 0.

- (("Treatment Adherence and Compliance"[Mesh]) AND "Antipsychotic Agents"[Mesh]) AND "Life Change Events"[Mesh]: 9 artículos, se incluyeron 0.
- ("Antipsychotic Agents/adverse effects"[Mesh]) AND "Body Image"[Mesh]: 12 artículos, se incluyó 1.
- ("Antipsychotic Agents/adverse effects"[Mesh]) AND "Focus Groups"[Mesh]: 14, se incluyó 1.

Para los artículos no recogidos en PUBMED se realizó una búsqueda manual a partir de citas bibliográficas consideradas relevantes y que no habían sido localizadas mediante las estrategias de búsqueda electrónicas. Los artículos fueron cribados según el criterio de la autora y uno de los tutores, cuando ambos estaban de acuerdo de su relación con el tema. A la hora de realizar la búsqueda se seleccionaron los metaanálisis y revisiones sistemáticas como primera opción. En esta primera parte de resultados se incluyeron un total de 12 artículos.

## 2. CASOS REALES, PERCEPCIÓN Y CONSECUENCIAS

Para la segunda parte de resultados se realizó una búsqueda poniendo "antipsicóticos" (parte fija) junto con el tipo de efecto adverso (parte variable). Por ejemplo: "Antipsychotic Agents/adverse effects" AND "Sialorrhea" (parte variable). Además, en los tipos de artículos se señaló 'case reports'. En la parte variable los efectos adversos incluidos fueron: "Sialorrhea", "Urinary incontinence", "Gait", "Weight gain", "Motor disorders", "Hirsutism", "xerostomia". Esta búsqueda variable resultó en un total de 151 artículos, de los cuales se seleccionaron 25. Se destacaron aquellos casos que trataban sobre los efectos adversos que dañan la apariencia física y los estos tenían unas consecuencias en el paciente y este decía como se sentía. Además, para la realización de la tabla donde se recogen los distintos tratamiento farmacológicos y no farmacológicos se realizó esta misma búsqueda.

### 3.2. Método observacional

#### - Diseño

Esta parte se trata de un estudio de tipo cualitativo basado en la exploración de una población de conveniencia. Se recabaron las observaciones de las pacientes relacionadas con su apariencia física en diversos escenarios: visitas a farmacia para consulta o recoger medicación, participación como observadora en actividades efectuadas por otros profesionales, y durante actividades lúdicas. Estas observaciones han sido transcritas literalmente. Tras cada encuentro se ha realizado una narración lo más detallada posible de la queja del paciente y la situación en que estas se producían. Es importante destacar que los datos siempre van a ser anónimos, sin dar a conocer ninguna identidad.

#### - Ámbito de estudio

Centro de Salud Mental Dr. Esquerdo de la provincia de Alicante. Este centro atiende pacientes con patología mental grave y persistente, focalizando la atención en la rehabilitación psicosocial y clínico-sanitaria. Está situado en el municipio de Sant Joan d'Alacant y se gestiona por parte de la Diputación Provincial de Alicante.

#### - Criterios para la selección y valoración de los testimonios de los pacientes ingresados en el Centro de Salud Mental Dr. Esquerdo

##### Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de trastorno mental grave y persistente.
- Capacidad de expresión verbal que permita la participación de una tarea de interacción grupal.
- Pacientes con tratamiento psicofarmacológico, incluyendo algún fármaco antipsicótico, durante un mínimo de 2 años.

##### Criterios de exclusión:

- Trastorno cerebral orgánico, retraso mental y trastornos cognitivos que deterioren de forma grave el uso del lenguaje en la comunicación.

## 4. RESULTADOS

La parte de resultados se divide en tres bloques diferentes, con la finalidad de dar una visión desde distintas perspectivas. La primera parte pretende dar a conocer el problema para lo que se desarrollan artículos generales que tratan sobre los efectos adversos de los antipsicóticos relacionados con la apariencia, el estigma que producen, la posible falta de adherencia y la subjetividad del paciente. En segundo lugar, se describen las percepciones que tiene el paciente mediante casos reales publicados en la literatura científica y, por último, se realiza una recopilación de algunos de los testimonios que pude recoger durante mi estancia en el Centro de Salud Mental Dr. Esquerdo.

### 4.1. EFFECTOS ADVERSOS, APARIENCIA, ESTIGMA Y SUBJETIVIDAD

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los artículos que tratan de una manera general los efectos adversos que producen los antipsicóticos y que afectan a la apariencia física, además de la percepción subjetiva de los pacientes acerca de su impacto en la vida diaria. Son pocos los artículos que tratan sobre las experiencias subjetivas de los pacientes que están en tratamiento antipsicótico, y que analizan cómo perciben y/o cómo afrontan los efectos adversos que puedan surgir. Sin embargo, todavía se encuentran menos artículos que versan sobre los efectos adversos que afectan directamente a la apariencia física, el estigma asociado, las consecuencias que esto conlleva y cómo poder afrontarlo.

El bienestar de un sujeto viene dado por la normalidad de función, sentimiento y apariencia. Este trabajo se centra en explorar esta última, la apariencia que presentan los pacientes con trastorno mental grave debido, entre otros factores, a los efectos adversos inducidos por el tratamiento antipsicótico. Asimismo, se analizan las consecuencias que se derivan de las alteraciones de la apariencia física como son el estigma, la falta de adherencia, el deterioro de la recuperación del paciente, el daño de las funciones sociales y la ruptura de la alianza terapéutica.

- **Efectos adversos derivados del uso de antipsicóticos y su relación con el estigma social del trastorno mental**

El uso a largo plazo de antipsicóticos pretende encontrar un equilibrio entre la ansiedad por la recaída en la sintomatología característica del trastorno mental que padezca el paciente, que funciona a modo de recordatorio para no dejar de tomar los medicamentos, y la ansiedad por el daño corporal en muchas ocasiones irreversible derivado de este tipo de psicofármacos, pudiendo constituir un claro incentivo para dejar de tomarlos<sup>18</sup>.

Los **efectos adversos** de los antipsicóticos tienen un claro impacto en el estado de salud y en el bienestar del paciente<sup>20</sup>. En este sentido, cabe señalar que el deterioro que inducen en el atractivo físico y sus consecuencias sobre la autoestima y la función social tiene un papel clave<sup>21</sup>. Esto puede deteriorar las relaciones interpersonales y con ello reducir la habilidad de encontrar empleo<sup>20</sup>.

Generalmente los efectos secundarios de los antipsicóticos se podrían clasificar como psíquicos (cansancio o dificultad para concentrarse), extrapiramidales (ralentización de los movimientos o rigidez muscular), autónomos (mareos o sudoración), anticolinérgicos (sequedad de boca o estreñimiento), hormonales (problemas menstruales o deseo sexual reducido), alérgicos (picazón en la piel o erupciones) y metabólicos (aumento de peso o hiperprolactinemia)<sup>19</sup>. La mayoría de estos efectos son visibles y van a facilitar que se reconozca la enfermedad<sup>22</sup>, provocando una serie de consecuencias y un impacto negativo en la función emocional, social, biológica y sexual, interfiriendo con la vida diaria de los pacientes<sup>19</sup>. Por tanto, la prevención o atenuación de dichos efectos adversos puede tener una importante repercusión en el proceso de recuperación y rehabilitación del paciente<sup>23</sup>.

Se realizó un grupo focal con 10 pacientes internos en un hospital mental, 4 chicas y 6 chicos con edades entre 30 y 61 años, que recibían tratamiento antipsicótico y estaba previsto darles en breve de alta por mejoría. Cinco afirmaron desde su experiencia que eran percibidos como personas perezosas y que su enfermedad era revelada debido a los problemas de coordinación causados por la medicación; tres se quejaban de dificultad para pensar, falta de

concentración, cansancio y rigidez muscular manifestada como torpeza. Solo 2 relataron críticas de familiares cercanos, uno por estar en la cama demasiado tiempo y el otro por su torpeza. Debido a los efectos adversos 7 participantes admitieron haber reducido la dosis o saltarse la medicación diaria. Tres de los pacientes no distinguían bien entre los efectos adversos y los síntomas de la enfermedad. Uno relató una de sus experiencias vividas en el trabajo: *“Estoy de mal humor, porque sé que no trabajo lo suficientemente bien debido a la medicación y cuando alguien me dice algo me pongo completamente enfadado”*<sup>22</sup>.

En una encuesta realizada a 200 personas en la línea telefónica nacional de salud mental en UK, el efecto adverso reportado como más preocupante fue el aumento de peso (66%)<sup>3</sup>. Además, el aumento de peso tuvo una mayor repercusión que los síntomas extrapiramidales en el único estudio de esquizofrenia que incluye efectos secundarios distintos a los síntomas extrapiramidales<sup>20</sup>, del mismo modo ocurre en una revisión sistemática<sup>21</sup>.

En una encuesta internacional online donde participaron 832 sujetos mostró que 14 de los 16 efectos adversos más comúnmente asociados al uso de antipsicóticos fueron reportados por la mayoría de los encuestados (57% o más): “somnolencia”, “sentirse cansado”, “sedación” (92,5%) y “pérdida de motivación” (85,8%). 9 de estos efectos fueron clasificados como “graves” por más de un tercio de los participantes: “somnolencia, sentirse cansado y sedación” (49,1%) y “ganancia de peso” (45,3%)<sup>24</sup>, pudiendo este último comprometer la adherencia y socavar la imagen corporal, autoestima y la confianza para entablar una relación social<sup>20</sup>. De forma general, entre los efectos adversos que más preocupan en la mayoría de los estudios son la somnolencia y la sedación, dejando a los pacientes en un estado similar a un ‘zombie’<sup>18, 23, 24</sup>. Las citas que se muestran a continuación dan buena idea de cómo experimentan este tipo de efectos adversos los pacientes:

- *“La primera vez después de tomarlo no pude levantarme por 12 h. Ahora, 2–4 h después de tomarlo, puedo despertarme, pero no puedo levantarme de la cama”*<sup>18</sup>.

- *“Me oscurece bajo mis ojos. Me hace sentir débil por horas. De alguna manera me tengo que acostumbrar<sup>18</sup>.”*
- *“Algunas personas comentaron sobre las sacudidas que tuve y la forma en la que caminaba, caminé de manera diferente debido a la medicación que tomé, y también tengo la boca seca.”<sup>11</sup>*

Otro comentario de un paciente, citado en un metaanálisis, ilustra como un efecto adverso inicialmente desagradable puede convertirse, manejado de forma adecuada, en un punto de apoyo al reinterpretar la falta de saliva como prueba de eficacia de la medicación:

- *“Era como el menor de dos males ... Puedes estar asustado y paranoico o puedes no tener saliva. Iba a tomar el no tener saliva, pero ... fue prueba y error ... Me alegro de haber llegado a este estado ... donde realmente siento que están trabajando”<sup>8</sup> .*

El **estigma** es un problema concurrente e importante en las personas que padecen un trastorno mental grave<sup>25</sup>. Algunas de las causas por las que se produce son los efectos secundarios derivados del tratamiento con antipsicóticos, que conlleva importantes consecuencias psicosociales como la mayor divulgación o visibilidad de una enfermedad no deseada, el deterioro del desempeño laboral y la interrupción de las relaciones familiares, dando lugar a una sensación de desmoralización, malestar físico y con ello un estigma social considerable. Estas potenciales consecuencias pueden conllevar que el paciente interrumpa el tratamiento aun siendo éste eficaz<sup>22</sup>.

En un estudio que incluía los resultados derivados de un grupo focal con pacientes, éstos refirieron sentirse discriminados y sufrieron un deterioro de su desempeño laboral percibido por ellos mismos y por los demás<sup>22</sup>. A continuación, se muestra un ejemplo representativo del testimonio de uno de esos pacientes, evidenciando cómo las alteraciones en su apariencia física inducían la atención de otras personas: *“Había una medicación en la que estaba mi boca cayendo hacia abajo ... muy drogada, ya sabes, deberías saber por qué me miraban, me habían drogado, y mis ojos estaban brillantados”<sup>23</sup>.*”

En un metaanálisis donde se realizó una revisión de los estudios cualitativos en el tratamiento antipsicótico, los pacientes refieren sentirse estigmatizados y anormales debido al uso a largo plazo de los antipsicóticos, lo que dificulta la integración social. Buena idea de esta circunstancia se transmite en este testimonio: *“Cuando sales, es como anunciar que tienes una enfermedad mental, por lo que los efectos secundarios llaman la atención sobre el hecho de que tienes una enfermedad mental. Y aunque puede que estés bastante bien mentalmente, los efectos secundarios te estigmatizan ... ni siquiera puedes ir a la casa de tu hermana y salir al patio sin que los vecinos piensen que tiene a alguien que tiene una enfermedad mental ... sabes tus piernas suben y bajan todo el tiempo y creen que eres un lunático. Es como llevar un letrero en la frente<sup>18</sup>.”*

- **Percepción subjetiva del trastorno mental por parte del paciente e influencia sobre la adherencia terapéutica**

La importancia de evaluar la perspectiva de los pacientes sobre cómo perciben su enfermedad se ha enfatizado durante mucho tiempo<sup>19</sup>. Sin embargo, solo una minoría de estudios se realizan con este fin, siendo ellos los mejores jueces de su propio bienestar<sup>18</sup>. Además, el conocimiento sobre qué resultados relacionados con la medicación son más importantes para los pacientes con trastornos mentales ha sido muy insuficiente<sup>21</sup>.

Las actitudes de los pacientes hacia la mediación están relacionadas con la respuesta subjetiva, creencias y las opiniones hacia las experiencias con la medicación, lo que quizás incluya la toma de medicamentos, los efectos de los antipsicóticos y los efectos adversos<sup>19</sup>. Las actitudes y expectativas que los sujetos tienen hacia los efectos adversos contribuyen a una menor adherencia que los efectos adversos que ellos experimentan<sup>20</sup>.

La mayor preocupación de los pacientes antes de ser tratados es erradicar los síntomas de la enfermedad, y después de 6 semanas su preocupación cambia por buscar ayuda para manejar los pensamientos anormales y otros síntomas. Además, en una encuesta reciente donde se evaluaban las expectativas y las actitudes asociadas con el objetivo del tratamiento, los médicos y los pacientes

coincidían en que el objetivo principal era incrementar y mejorar la satisfacción de los pacientes con el tratamiento de su enfermedad, y con la adecuación de este en el marco de su vida diaria a nivel social, laboral y familiar. Sin embargo, luego los médicos enfocaron los objetivos del tratamiento en aspectos como minimizar los síntomas extrapiramidales y reducir la necesidad de hospitalización, mientras que para los pacientes lo más importante era mejorar la emoción, la actividad social y la claridad de los pensamientos<sup>3</sup>.

Al parecer existe una discordancia entre la evaluación de los efectos adversos por parte de los clínicos y los pacientes. En un estudio se examinó la relación entre la autoevaluación de los pacientes sobre los efectos adversos y las calificaciones de los clínicos. Los pacientes relataron con más frecuencia los efectos adversos y con más gravedad que los clínicos. Además, los clínicos evaluaron los efectos adversos como menos estresantes que los pacientes, y la interpretación de los síntomas era diferente entre ambos. Mientras los psiquiatras evalúan las quejas como síntomas psicóticos los pacientes los evaluaban como efectos adversos de la medicación<sup>26</sup>. Una revisión sistemática corrobora lo que cuenta este estudio respecto a que los pacientes perciben los efectos secundarios de forma más negativa que los clínicos<sup>21</sup>. Asimismo, en un estudio reciente con 20 pacientes británicos tratados con antipsicóticos percibieron que su psiquiatra no reconocía suficientemente el impacto negativo de la medicación en la calidad de vida y en la preocupación de la salud física<sup>24</sup>.

En un estudio de 239 pacientes, hubo una correlación positiva entre el índice de masa corporal (IMC) y el incumplimiento de la medicación antipsicótica. Los individuos obesos tenían dos veces más probabilidades de no cumplir con la medicación que aquellos cuyo IMC estaba dentro del rango normal (25 kg/m<sup>2</sup>). No obstante, la angustia subjetiva por el peso corporal también predijo el incumplimiento, independientemente del estado real del peso corporal<sup>22</sup>. En otro estudio un 86% de los pacientes que se percibieron con exceso de peso creían que los antipsicóticos eran los responsables y el 72% de éstos redujeron la dosis por su cuenta<sup>27</sup>.

Los pacientes describen una importante asociación entre los efectos secundarios que limitan el funcionamiento diario y la falta de adherencia a los fármacos antipsicóticos, a menudo en contra de las recomendaciones médicas<sup>20</sup>. De hecho, en la encuesta internacional online mencionada anteriormente, 613 de los 832 participantes respondieron "sí" a la pregunta: "¿Alguna vez has pensado en dejar de tomar los medicamentos antipsicóticos?". De éstos, 395 admitieron que la razón era que la medicación causaba efectos adversos desagradables<sup>24</sup>.

Con el objetivo de mejorar la adherencia terapéutica es importante entender porque los pacientes dejan de tomar la medicación. A largo plazo, la eficacia del tratamiento depende significativamente de la adherencia del paciente, la cual se encuentra fuertemente influenciada por la satisfacción. Una de las causas más habituales de insatisfacción son los efectos adversos de los fármacos, además de la falta de involucrarse en la planificación del tratamiento y la falta de información sobre las opciones de este<sup>3</sup>. Los efectos adversos que tienen un mayor impacto negativo en la satisfacción son las alteraciones del sueño, el cansancio, el temblor y la disfunción sexual, siendo éstos propósitos para una estrecha monitorización e intervención clínica<sup>3, 19</sup>.

En una revisión que trataba sobre los predictores de la no adherencia en personas con esquizofrenia, los efectos adversos más comúnmente relacionados con la omisión de la medicación fueron los síntomas extrapiramidales, la disforia neuroléptica, la acatisia, la disfunción sexual y el aumento de peso<sup>20</sup>.

La baja adherencia como consecuencia de la aparición de efectos adversos derivados de la toma de antipsicóticos, da lugar a mayores tasas de recaídas y episodios frecuentes de rehospitalización. Esta circunstancia conlleva un peor curso clínico, convirtiéndose en un reto para los pacientes volver a adaptarse socialmente, mantener la integración social y las tareas familiares, o conseguir un empleo<sup>19</sup>.

Los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en la promoción de la adherencia al tratamiento, por lo que deben asegurar una buena alianza terapéutica con el paciente. Sin embargo, en algunas ocasiones pueden no ser

conscientes de sus propias actitudes discriminatorias, que a menudo se transmiten de forma inconsciente mediante palabras o gestos<sup>25</sup>.

En la encuesta internacional online que incluye 832 participantes, 787 respondieron a la pregunta: "¿El médico te informó de los posibles efectos adversos?". 239 (30,4%) respondieron que "sí" y 548 que "no". Aquellos que no fueron informados tuvieron una puntuación significativamente mayor en la escala TAE (*Total Adverse Effects*, Efectos adversos totales) ( $X=25.98$ ) que aquellos que fueron informados ( $X=22.15$ ) ( $t=4.35$ ;  $df$  680;  $p < .001$ )<sup>24</sup>. Entre los testimonios recogidos en relación a esta circunstancia, destacarían los siguientes:

- *"Solo recuerdo que me dijeron que cualquier efecto adverso sería temporal. Me desalentaron por mostrar cualquier preocupación por los efectos secundarios<sup>24</sup>."*
- *"Lo que sí recuerdo es muchos psiquiatras diciendo que tendría que aceptar los efectos secundarios que surjan, porque mi salud mental debería reemplazar cualquier queja física<sup>24</sup>."*
- *"Los médicos realmente han intentado activamente evitar que yo reciba esta información, pero las enfermeras irán detrás de ellos y lo harán<sup>24</sup>."*

En estas citas podemos constatar que los pacientes rara vez se sienten involucrados en las decisiones del tratamiento y, a menudo, tienen preguntas sin respuesta sobre los efectos adversos y la justificación del tratamiento<sup>18</sup>, o directamente no son advertidos de los posibles efectos adversos que pueden surgir. Esto da lugar a una falta de colaboración con los profesionales de la salud, sentimientos de impotencia y resignación, y la terminación del tratamiento antipsicótico<sup>24</sup>.

#### 4.2. CASOS REALES, PERCEPCIÓN Y CONSECUENCIAS

Los efectos adversos que más afectan negativamente a la imagen corporal y que pueden manifestarse por la toma de antipsicóticos son la sialorrea, la incontinencia urinaria, el hirsutismo, el aumento de peso, la marcha parkinsoniana, las discinesias, las distonías y la alteración de los dientes<sup>8</sup>.

Esta segunda parte de resultados se ha realizado con la finalidad de recopilar casos de personas en tratamiento antipsicótico que desarrollaron algunos de estos efectos adversos y tuvieron una repercusión negativa en su vida, señalando lo importante que es para el paciente la resolución de estos problemas para conseguir una buena conciliación con su vida diaria, y las medidas que existen para ello.

En la búsqueda realizada no ha sido posible encontrar suficientes casos de todos los tipos de efectos adversos comentados donde se explicaba la experiencia del paciente al desarrollar alguno de estos, sin embargo, para aquellos efectos donde no ha sido posible realizar esto se ha procedido a elaborar un pequeño resumen tratando de explicar el problema que esto supone.

##### - SIALORREA

La sialorrea se define como la producción excesiva de saliva e incapacidad para retener en la cavidad bucal. La saliva se acumula cerca de las cuerdas vocales y puede dar lugar a ronquera, disfonía, tos crónica<sup>28</sup>, despertar nocturno, trastorno del sueño, angustia gastrointestinal e incluso casos de neumonía por aspiración<sup>29</sup>.

El babeo constante también puede causar que la ropa se moje y con ello olores desagradables, de este modo, provocando dificultados psicosociales, estigmatización, vergüenza, preocupaciones interpersonales, abandono social, y una baja autoestima, resultando en un posible abandono del tratamiento<sup>28, 30</sup> y afectando a la calidad de vida de los pacientes<sup>29</sup>.

Un paciente cuenta despertarse en mitad de la noche sofocado y con sensación de asfixia; otra cuenta que le interfería a lo largo del día en su forma de hablar y

le avergonzaba. Este último dejó de tomar la medicación con la intención de solucionar este problema<sup>31</sup>. Se encuentra otro caso en el que el paciente se sentía extremadamente frustrado, desarrollando un habla confusa y requiriendo medidas higiénicas continuas<sup>30</sup>. Una mujer trabajaba regularmente de cajera en un banco, teniendo que abandonar su actividad profesional porque le producía mucha presión social<sup>29</sup>.

#### - **INCONTINENCIA URINARIA**

La incontinencia urinaria es uno de los efectos adversos más importantes de los antipsicóticos y es rara vez mencionada por los pacientes <sup>32</sup>, ya que puede resultar vergonzoso, estresante y potencialmente limitante para un correcto seguimiento del tratamiento. Además este puede provocar olores desagradables provocando rechazo social<sup>33</sup>.

Una mujer se quejaba de un ligero mareo al levantarse, especialmente por las mañanas. Sin embargo, desarrolló incontinencia urinaria mucho antes de que la paciente se quejara de ella, ya que malinterpretó los síntomas como flujo vaginal. Parecía algo avergonzada mientras hablaba sobre estas quejas, lo que podría explicar aún más el retraso en la búsqueda de un remedio después de la aparición de los síntomas<sup>33</sup>. Otra paciente refiere estar preocupada por el desarrollo de la incontinencia urinaria con episodios diurnos y nocturnos frecuentes de gran volumen, pero prefirió continuar con la clozapina debido a su eficacia<sup>34</sup>.

#### - **AUMENTO DE PESO**

Las personas con trastornos mentales y obesidad tienen que hacer frente a un doble estigma, ya que suponen dos identidades marginadas. Los pacientes de un estudio hablaron sobre la lucha constante por bajar de peso y la enfermedad mental, afirmando que este era un resultado directo de la toma de antipsicóticos. Aproximadamente el 50% de los individuos que toman antipsicóticos ganan más del 7% de su peso corporal en los primeros 12 meses. El aumento de peso aumenta el riesgo de padecer problemas de salud física, entre estos la enfermedad cardiovascular<sup>8, 27</sup>.

### - **HIRSUTISMO**

La hiperprolactinemia inducida especialmente por el potente bloqueo dopaminérgico de algunos antipsicóticos en la vía tuberoinfundibular, puede provocar hirsutismo, amenorrea, galactorrea, embarazo psicológico y osteoporosis<sup>25</sup>. El estigma del hirsutismo y la falta de conocimiento sobre la terapia efectiva impide que algunas mujeres busquen tratamiento.

Una chica regresó al hospital después de la 2ª dosis inyectable de risperidona con quejas de agrandamiento bilateral de los senos y "secreción de leche". También tenía un crecimiento excesivo de vello en la parte superior de los labios, la barbilla, las mejillas y la parte superior del pecho. La chica se negó a que le administraran una 3ª dosis. Su nivel sérico de prolactina se elevó a 187 ng/ml<sup>35</sup>.

### - **ALTERACIONES MOTORAS**

Los efectos adversos motores que tienen que ver con el tratamiento antipsicótico tienen implicaciones severas en el bienestar subjetivo de los pacientes. Además, se relacionan con una reducción significativa de la calidad de vida y una baja adherencia al tratamiento. De hecho, se encontró una relación importante entre el no cumplimiento del tratamiento y la aparición de efectos adversos motores, particularmente en la acatisia<sup>36</sup>.

### - **MARCHA PARKINSONIANA**

La manera en la que una persona se mueve da lugar a percepciones sociales y juicios sobre el atractivo. Los antipsicóticos interfieren en la forma en la que camina una persona debido a la rigidez parkinsoniana causada. Estos pacientes muestran una disminución de la velocidad a la que caminan. Además de agravarse por el aumento de peso, la marcha puede empeorarse debido a alteraciones motoras como discinesias y distonías<sup>8</sup>.

- **DISCINESIA TARDÍA**

Una mujer desarrolló movimientos discinéticos en sus labios y mandíbula y distonía focal de la lengua. Desarrolló ansiedad severa asociada con los movimientos anormales de la boca, que la obligó a dejar de trabajar<sup>37</sup>.

- **DISTONIA AGUDA**

Una mujer desarrolló rigidez y tensión en el cuello y las extremidades, con dificultad para hablar y sialorrea. Se encontraba extremadamente inquieta, ansiosa y triste debido a estos síntomas<sup>38</sup>.

- **PROBLEMAS EN LOS DIENTES**

Una cavidad oral funcional es necesaria para la nutrición, la expresión emocional y para el discurso. La afección oral puede afectar a la calidad de vida a través del aspecto pobre del área orofacial, una sonrisa no atractiva y/o mal aliento. Consecuentemente esto provoca respuestas negativas por parte de otras personas y una escasa relación social<sup>39</sup>.

El consumo de antipsicóticos durante largos periodos en personas con trastornos mentales crónicos da lugar a xerostomía, conduciendo a un incremento del riesgo de caries, gingivitis, periodontitis y estomatitis<sup>39</sup>.

Para finalizar este apartado, se ha realizado una tabla resumen donde se recoge tanto el tratamiento no farmacológico como el farmacológico de los diferentes efectos adversos que han sido tratados en los diferentes casos recopilado (ver Tabla 1). Es importante tener en cuenta que para cualquier efecto adverso que pueda surgir es importante evaluar en primer lugar la reducción de la dosis, la supresión del fármaco o su sustitución. Sin embargo, si esto puede ocasionar algún riesgo en la sintomatología del paciente existen otras medidas alternativas.

**Tabla 1.** – Tratamiento de los efectos adversos que afectan al aspecto físico.

Fuente: elaboración propia.

EFECTO ADVERSO		TTO. NO FARMACOLÓGICO	TTO. FARMACOLÓGICO
SIALORREA		Masticar chicle sin azúcar <sup>28</sup>	Atropina 1% sublingual, 1-2 gotas por la noche <sup>31</sup>
		Dormir en una posición elevada o de lado <sup>28</sup>	Biperideno 2mg/día <sup>40</sup>
		Cubrir la almohada <sup>28</sup>	Toxina botulínica A <sup>29</sup>
		Entrenamiento motor oral <sup>28</sup>	Amisulprida 50mg/día <sup>41</sup> Clonidina oral 50µg/día <sup>42</sup>
INCONTINENCIA URINARIA		Evitar el consumo de líquidos por la noche <sup>43</sup>	Succinato de solifenacina 5mg/día <sup>33</sup>
		Vaciar la vejiga antes de dormir <sup>43</sup>	Betanecol 10mg/8h <sup>34</sup>
		Evitar el consumo de café y alcohol <sup>33</sup>	Pseudoefedrina 30mg/6h <sup>44</sup>
		Preguntar directamente a los pacientes (artículo)	Reducir la proporción de dosis por la noche <sup>43</sup>
SIALORREA + INCONTINENCIA URINARIA		Combinar ambos	Amitriptilina 25mg/día <sup>45</sup>
HIRSUTISMO		Depilación Monitorizar a aquellos pacientes tratados con paliperidona, amisulprida, risperidona <sup>35</sup> Examen clínico	-
AUMENTO DE PESO		Programas para el control de peso. Asesoramiento del estilo de vida individual <sup>27</sup> Estimular la realización de ejercicio Dieta equilibrada Intervenciones cognitivas conductuales centradas en la pérdida de peso y la psicoeducación	Cambio de medicación: - a + aumento de peso: Ziprasidona, aripiprazol, amisulprida, risperidona, quetiapina, olanzapina y clozapina. <sup>25</sup>
DIENTES	Xerostomía	Masticar alimentos duros (zanahorias) o chicles y caramelos (sin azúcar). Mantener semillas de fruta en la boca. Adecuada ingesta de agua	Sialogogo: pilocarpina oral 5-10mg/8h o gotas de pilocarpina 5% sobre la lengua 3 veces al día.
		Empleo de dentífricos, colutorios o geles que contienen lactoperoxidasas.	
	Gingivitis	Medidas de higiene: enjuagues bucales antimicrobianos y atención dental minuciosa después de la ingesta de alimentos	-
	Bruxismo	Férula de descarga	Clozapina <sup>46</sup> Toxina botulínica A <sup>47</sup>
REACCIONES EXTRAPIRAL. <sup>48</sup>	Discinesia tardía	Clozapina No administrar clozapina y mirabegrón (Síndrome de Pisa)	
	Distonía aguda	Prometazina 150mg/intramuscular	
	Distonía tardía	Disminuir dosis ¿prometazina?	
		NO SUSPENDER FÁRMACO	

\*: Cuando aparece un guion se hace referencia a la conveniencia de reducir la dosis del antipsicótico, retirarlo o sustituirlo.

#### 4.3. ESTUDIO OBSERVACIONAL EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DR. ESQUERDO

La idea de realizar este trabajo surgió debido a las continuas quejas, por parte de los pacientes del psiquiátrico, que tenían en relación con su aspecto físico y que eran consecuencia, entre otros factores, de los efectos adversos de los antipsicóticos. Por ello, en esta parte del trabajo se va a proceder a contar las anotaciones recogidas en diferentes situaciones durante mi estancia en el psiquiátrico, con la finalidad de apoyar lo encontrado en la revisión bibliográfica y dar a conocer este tipo de problemas frecuentes que también se dan en las instituciones para enfermos mentales crónicos.

##### - Los efectos adversos más estigmatizantes.

En este tipo de instituciones donde se encuentran tanto pacientes que llevan poco tiempo ingresados como pacientes que llevan años viviendo allí, destaca significativamente la apariencia física de estos, dando lugar a que se reconozca claramente quién es el enfermo mental. Entre los efectos adversos que más llaman la atención se encuentran el aumento de peso, la sialorrea, la marcha parkinsoniana, los problemas dentarios y la somnolencia, donde a continuación se realizará una breve descripción sobre estos:

- La gran mayoría de los pacientes presentan un considerable exceso de peso destacando una barriga prominente, siendo inusual que los estos se mantengan dentro de su peso normal. Muchos de ellos asocian este aumento de peso directamente con la medicación. Una paciente indicó que si adelgazará le aumentaría la autoestima.
- La sialorrea es otro de los efectos adversos más frecuentes en estos pacientes crónicos y que más rechazo social causan. Es habitual observar como les cae la saliva de la boca mientras estas manteniendo una conversación con ellos. Además algunos presentan la ropa mojada provocando olores desagradables y los monitores tienen que instar a que se limpien constantemente.
- Los pacientes presentan una dentadura bastante escasa, dañada y con múltiples manchas.

- Observo a los pacientes deambulando, me llama la atención la posición de las extremidades superiores en todos es como si les pesara, caídas.
- Hablan sobre la falta de energía, el cansancio constante que presentan y la necesidad de dormir.
- Además, algunos hacen referencia a que les gustaría encontrar trabajo cuando salgan de allí.
- **Quejas de los pacientes relacionadas con su aspecto físico.**

Regularmente los pacientes acudían a la farmacia del psiquiátrico con la intención de que les solucionásemos problemas relacionados con la afectación de su apariencia física. A continuación se exponen algunos ejemplos:

- Paciente nos cuenta que por la noche se ha orinado en la cama y que le han castigado: *“Me pasa todas las noches, tengo que tener algo malo. Yo quiero un milagro y no me lo hace”*; *“Siempre se empapa la sabana, yo soy crónico, me pasa siempre, no lo hago a posta, me castigan, estoy harto de la vida. ¿Por qué me pasa esa enfermedad siempre? Y mañana me pasará y al otro también”*.
- Paciente del centro de día acude a la farmacia muy preocupado y nervioso quejándose de la importante xerostomía que presenta. Nos cuenta que se lo ha comentado en varias ocasiones a su psiquiatra pero que la única solución que le ofrece es que beba mucha agua. Él nos cuenta que aunque beba agua le es muy incómodo y le interfiere mucho en su día a día. *Observo que presenta un surco blanco de baba espesa y seca alrededor de los labios.*
- **Educación a todos los profesionales sanitarios**

Auxiliar de enfermería A cuenta que antes, cuando trabaja en planta con los pacientes, había una paciente X a la que le costaba mucho levantarse de la cama y realizar las actividades propuestas, como por ejemplo ir al castillo de Alicante, y que ella y otras auxiliares la obligaban a levantarse de la cama y realizar las mismas actividades y con la misma intensidad que a los otros pacientes. Después la auxiliar A fue cambiada de área de trabajo a la farmacia del

psiquiátrico donde se dió cuenta que la paciente X estaba siendo tratada con una dosis (en mg equivalentes de clorpromazina y de diazepam) mucho mayor que sus compañeras y por eso le costaba tanto realizar las actividades. La auxiliar A nos comenta que *“si hubiera sabido esto antes no habría tratado a la paciente X como si fuera una vaga”*.

- **Grupos focales de pacientes con trastorno mental grave y persistente.**

También intervine como observadora en grupos focales realizados por las enfermeras y psicólogas del psiquiátrico, que trataban sobre que preocupaciones tenían los pacientes acerca de su aspecto físico, se pasa a escribir literalmente algunos comentarios que hicieron sobre este.

➤ Comentarios que indican efectos adversos:

- **Aumento de peso:** *“Pues que me han hecho el cuerpo un crimen porque el cuerpo como estaba me gustaba a mí.” “Pues yo me encuentro fatal desde que he engordado”. “No quiero ponerme gordo”.*
- **Somnolencia:** *“Necesito café porque es que estoy que me caigo, que no me sostengo”. “Que no estas agusto, que te da sueño y tienes que dormir, si no es que pareces que no sabes ni que hacer ni hacer nada tampoco, entonces.”. “La somnolencia me dificulta relacionarme”*
- **Efectos extrapiramidales:** *“A mí me dieron una, que cogí parkinsonismo y cogía el vaso de leche y cloc me lo tiraba encima”. “Es que yo me iba con mi hijo a un restaurante y yo tenía que coger el vaso con las dos manos”*

➤ Comentarios que indican estigmatización:

*“Es mejor tener un aspecto físico bien, guapo porque la gente no te rechaza”.*

*“Me preguntó un chico ¿tú estas enfermo?”.*

➤ Comentario que indica actitud paternalista y falta de información al paciente:

*“A mí me lo dijo mi psiquiatra eso, que si leía los prospectos me iba a asustar, que si no los leía que mucho mejor.”*

- Comentarios que indican que los pacientes quieren fundamentalmente estar bien:

*“Yo soy incapaz de quitarme una pastilla si no lo hablo con el facultativo, me da miedo, me da miedo porque he estado muy mal y me da miedo y además que no se si me quito la acertada, tomo muchas, no se si..”.*

*“Yo notaba que era esa pastilla la que la que no me no me iba bien, no me iba bien y yo incluso se lo dije a la psiquiatra, a mi psiquiatra me lleva, y entonces pues ella claro ella es la profesional y me cambió por otra medicación”.*

*“Quiero estar un poco más delgada, no, pero sobre todo estar bien psíquicamente”.*

*“No me fijo tanto en el aspecto físico como en los hechos”.*

*“Me encuentro dentro de lo normal a excepción de mi dentadura”*



## 5. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se han encontrado muy pocos estudios que cuenten cómo perciben los pacientes los efectos adversos relacionados con el aspecto físico y de qué manera les afecta en sus relaciones interpersonales. Así mismo, los efectos adversos relacionados con la apariencia y que modifican el atractivo físico de una persona son inusualmente mencionados en la literatura<sup>8</sup>.

Las numerosas causas por las que las personas tratadas con antipsicóticos dejan de tomar la medicación han sido investigadas, no obstante las razones subjetivas por las que los pacientes están dispuestos o no a tomar la medicación han sido raramente examinadas<sup>49</sup>.

Se ha procedido a exponer casos de personas que han sufrido algún efecto secundario relacionado con la apariencia física, ya que son frecuentes en la práctica diaria y los profesionales de la salud suelen subestimar este tipo de problemas sin darle importancia a la percepción que el paciente tiene acerca de lo que le está sucediendo y las consecuencias tanto terapéuticas como sociales que pueden tener lugar. Hay casos donde esto afecta a la adherencia terapéutica, además de dificultar el proceso de rehabilitación.

Considerando los ejemplos expuestos podemos decir que los beneficios derivados del uso de medicamentos antipsicóticos pueden verse mermados como resultado de sus efectos negativos sobre la apariencia de diversas maneras.

Los aspectos que más llaman la atención en los pacientes con trastorno mental crónicos son el deterioro de los dientes y la escasez de éstos, las alteraciones de la marcha y la postura, el gran diámetro abdominal, la sialorrea y la frecuente sedación. Estas personas no suelen tomar la iniciativa para resolver estos problemas, pero una vez que se solucionan es común observar un aumento en su satisfacción. De este modo, la prevención y el tratamiento temprano de estos problemas repercutiría en la rehabilitación del paciente.

Debido a lo avergonzados que se pueden sentir estas personas, como profesionales de la salud debemos de preguntarles directamente sobre este tipo

de problemas, ya que por ejemplo en un estudio donde se entrevistó a 103 pacientes sobre todos los efectos secundarios durante el tratamiento de mantenimiento con clozapina, solo 1 paciente contó en el interrogatorio general haberse orinado en la cama, lo cuál provocó que otros 40 pacientes (39%) contaran que ellos también habían experimentado enuresis nocturna<sup>50</sup>. Esto puede ser aplicado en los grupos terapéuticos realizados, con la finalidad de detectar posibles rupturas de la alianza terapéutica y localizar de forma temprana estos problemas y abordarlos de la forma más eficaz.

Se encuentran casos donde dejan de tomar la medicación, porque les dan más importancia a los efectos adversos que ellos perciben como intolerables antes que a la mejoría de los síntomas de la enfermedad, cuando no encuentran acogida de sus quejas por el equipo asistencial, viéndose forzados a realizar esto. Sin embargo, también hay casos donde se le da más importancia a tener un adecuado control de la sintomatología psiquiátrica en relación a los efectos adversos.

Respecto la tabla 1, donde se recojen de forma sintética diferentes efectos adversos que afectan a la apariencia con su respectivo tratamiento farmacológico y no farmacológico, es importante destacar la importancia de priorizar e intentar solventar el problema primero con el tratamiento no farmacológico, ya que el fármaco adicional que se utilice puede provocar otro tipo de efectos adversos o incluso en las personas polimedicadas puede provocar interacciones. Además, no todos los pacientes van a responder igual al mismo tratamiento, por ello es importante probar varias estrategias hasta dar con la correcta y personalizar/individualizar el tratamiento.

Los trastornos mentales están relacionados con el suicidio y el estigma. Muchas consecuencias del estigma como puede ser el aislamiento social, desempleo, la desesperanza o estrés, son factores de riesgo de suicidio<sup>51</sup>. Además numerosos estudios han encontrado asociaciones entre el autoestigma y el pensamiento suicida, incluso después de haber controlado los síntomas de la enfermedad. Sin embargo, el pensamiento suicida pocas veces es incluido como efecto adverso en los estudios tradicionales. En la encuesta en primera persona más grande

hasta la fecha y el primer cuestionario para preguntar directamente sobre la tendencia suicida, el 58 % reportó ideación suicida como resultado de tomar antipsicóticos y el 21% ideación suicida grave<sup>24</sup>. En estudios posteriores sería importante preguntarse si lo estropeadas que están estas personas tiene algo que ver con la idea del suicidio.

Los clínicos deben ser conscientes del impacto de los fármacos en la apariencia y de la importancia de esto<sup>8</sup>, con la finalidad de evitar el abandono del tratamiento a espaldas del equipo asistencial, con el consiguiente riesgo de recaídas y rehospitalización<sup>27</sup>. Para ello al inicio del tratamiento, es necesario planificar estrategias preventivas y terapéuticas. Además de individualizar el tratamiento para satisfacer las necesidades específicas de la persona que está siendo tratada, haciendo así que este sea más efectivo<sup>25</sup>.

Hay que tener en cuenta que los jóvenes se pueden sentir más afectados a la hora de sufrir problemas relacionados con la imagen corporal<sup>52</sup>. Se tiene que educar al paciente sobre los posibles efectos adversos que pueden surgir y que aprendan cómo poder manejarlo y en qué momento buscar ayuda para que se solucionen. Esto quizás puede mejorar o incluso prevenir actitudes negativas hacia la medicación y los problemas de adherencia<sup>49</sup>. Además de educar a los pacientes sería conveniente la educación a los cuidadores, ya que en ocasiones pueden exigirles demasiado, sin tener en cuenta en qué estado se encuentra su cuerpo debido a los efectos adversos.

Es frecuente que los pacientes informen sobre los efectos adversos que padecen con mayor frecuencia y que sean evaluados con mayor gravedad que los clínicos<sup>26</sup>, por ello es importante discutir las distintas necesidades de unos y otros con el fin de llegar a un acuerdo. La principal estrategia sería establecer una buena relación entre el profesional y el paciente y con ello una adecuada alianza terapéutica<sup>3</sup>. Para ello es necesario llevar a la práctica la toma de decisiones compartidas, donde además de informar sobre los diversos tratamientos y sus reacciones adversas, los pacientes lo que más desean es ser escuchados y que sus intereses y deseos queden incorporados en la decisión<sup>53</sup>. Sin embargo, una de las barreras más importantes para la aplicación del proceso de decisión

compartida en salud mental es la cuestión en la capacidad del enfermo mental, pero esta debe ser potenciada día a día<sup>54</sup>.

La farmacia comunitaria podría tener un papel activo e importante en el asesoramiento este tipo de efectos adversos, ya que conocen a sus clientes y saben el tratamiento que llevan, puesto que frecuentemente les dispensan los medicamentos prescritos en la receta. Las estrategias propuestas para solucionar estos problemas no suelen precisar receta médica, con lo cual puede ser una oportunidad para la farmacia para dar a conocer productos de autocuidado a estos pacientes. Esta idea se aplicaría con la finalidad de disminuir el estigma que reciben estas personas diariamente, aumentar su autoestima y con ello tener más oportunidades a la hora de integrarse socialmente, buscar un trabajo o pareja y recibir un trato mejor por parte de otras personas.

Los profesionales de la salud deben estar atentos a los posibles efectos adversos estigmatizantes que puedan surgir debido a la toma de antipsicóticos y al principio del tratamiento establecer medidas preventivas o una vez que ya han tenido lugar, no subestimarlos y tratar de solventarlos. Esto puede dar lugar a un refuerzo de la alianza terapéutica, beneficios en el curso de la enfermedad, una mayor satisfacción con el tratamiento, una mejor rehabilitación y un refuerzo de las relaciones interpersonales.

## 6. CONCLUSIONES

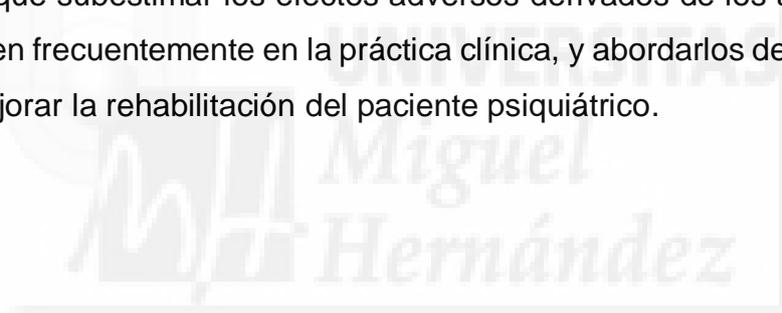
1º) Se ha demostrado en la práctica clínica que los antipsicóticos pueden dar lugar a efectos adversos que estropean el atractivo de una persona.

2º) Estos problemas pueden aumentar el estigma social del que ya son víctimas afectando a la adherencia del tratamiento, a la rehabilitación y con ello a las relaciones interpersonales.

3º) Para los pacientes institucionalizados es de especial relevancia la resolución de estos aspectos adversos para así aumentar su autoestima y calidad de vida.

4º) Es necesario establecer estrategias preventivas y una buena alianza terapéutica para conocer las preocupaciones del paciente y solucionar estos problemas de forma temprana.

5º) No hay que subestimar los efectos adversos derivados de los antipsicóticos que aparecen frecuentemente en la práctica clínica, y abordarlos de forma eficaz para así mejorar la rehabilitación del paciente psiquiátrico.



## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Psiquiatría, A.E.d., *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* E.M. Panamericana, Editor. 2014: Madrid.
2. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP), I.d.T.S.y.S.S.I., la Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES), *Modelo de centro de rehabilitación psicosocial*. 2007.
3. Chue, P., *The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia*. J Psychopharmacol, 2006. 20(6 Suppl): p. 38-56.
4. Cunningham, K.C. and A. Lucksted, *Social cognition, internalized stigma, and recovery orientation among adults with serious mental illness*. Psychiatr Rehabil J, 2017. 40(4): p. 409-411.
5. Goffman, E., *Stigma: The identical deteriorate*. 2006: p. 172.
6. Arnaiz, A.U.J., *Estigma y enfermedad mental*. Norte de salud mental, 2006: p. 49-59.
7. Muñoz M, P.S.E., Crespo M, Guillen Al., *Estigma y enfermedad mental*. 1ª ed. 2009, Madrid.
8. Seeman, M.V., *Antipsychotics and physical attractiveness*. Clin Schizophr Relat Psychoses, 2011. 5(3): p. 142-146.
9. Penn, D.L., K.T. Mueser, and R. Doonan, *Physical attractiveness in schizophrenia. The mediating role of social skill*. Behav Modif, 1997. 21(1): p. 78-85.
10. Napoleon, T., L. Chassin, and R.D. Young, *A replication and extension of "physical attractiveness and mental illness"*. J Abnorm Psychol, 1980. 89(2): p. 250-3.
11. Farina, A., G.L. Burns, C. Austad, et al., *The role of physical attractiveness in the readjustment of discharged psychiatric patients*. J Abnorm Psychol, 1986. 95(2): p. 139-43.
12. Leucht, S., D. Arbter, R.R. Engel, et al., *How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials*. Mol Psychiatry, 2009. 14(4): p. 429-47.
13. Leucht, S., M. Tardy, K. Komossa, et al., *Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis*. Lancet, 2012. 379(9831): p. 2063-71.
14. Morken, G., J.H. Widen, and R.W. Grawe, *Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia*. BMC Psychiatry, 2008. 8: p. 32.
15. Lieberman, J.A., T.S. Stroup, J.P. McEvoy, et al., *Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia*. N Engl J Med, 2005. 353(12): p. 1209-23.
16. Pol, E., *Antipsicóticos para la esquizofrenia: paradigma de los medicamentos psiquiátricos*. Salud colectiva, 2015. 11(1): p. 115-128.
17. Pope, A., C. Adams, C. Paton, et al., *Assessment of adverse effects in clinical studies of antipsychotic medication: survey of methods used*. Br J Psychiatry, 2010. 197(1): p. 67-72.

18. Bjornestad, J., K.O. Lavik, L. Davidson, et al., *Antipsychotic treatment - a systematic literature review and meta-analysis of qualitative studies*. J Ment Health, 2019: p. 1-11.
19. Ling, C.Y., P. Klainin-Yobas, and J. Ignacio, *The impact of antipsychotic side-effects on attitudes toward medication in patients with schizophrenia and related disorders: a systematic review*. JBI Libr Syst Rev, 2011. 9(22): p. 791-832.
20. McCann, T.V., E. Clark, and S. Lu, *Subjective side effects of antipsychotics and medication adherence in people with schizophrenia*. J Adv Nurs, 2009. 65(3): p. 534-43.
21. Eiring, O., B.F. Landmark, E. Aas, et al., *What matters to patients? A systematic review of preferences for medication-associated outcomes in mental disorders*. BMJ Open, 2015. 5(4): p. e007848.
22. Novak, L. and V. Svab, *Antipsychotics side effects' influence on stigma of mental illness: focus group study results*. Psychiatr Danub, 2009. 21(1): p. 99-102.
23. Cocoman, A.M. and M. Casey, *The Physical Health of Individuals Receiving Antipsychotic Medication: A Qualitative Inquiry on Experiences and Needs*. Issues Ment Health Nurs, 2018. 39(3): p. 282-289.
24. Read, J. and J. Williams, *Positive and negative effects of antipsychotic medication: an international online survey of 832 recipients*. Curr Drug Saf, 2019.
25. Seeman, M.V., *Women who suffer from schizophrenia: Critical issues*. World J Psychiatry, 2018. 8(5): p. 125-136.
26. Lindstrom, E., T. Lewander, U. Malm, et al., *Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the UKU Side Effect Rating Scale (UKU-SERS-Pat)*. Nord J Psychiatry, 2001. 55 Suppl 44: p. 5-69.
27. Wong, M.M., E.Y. Chen, S.S. Lui, and S. Tso, *Medication adherence and subjective weight perception in patients with first-episode psychotic disorder*. Clin Schizophr Relat Psychoses, 2011. 5(3): p. 135-41.
28. Sagy, R., A. Weizman, and N. Katz, *Pharmacological and behavioral management of some often-overlooked clozapine-induced side effects*. Int Clin Psychopharmacol, 2014. 29(6): p. 313-7.
29. Verma, R. and K.S. Anand, *Botulinum toxin: a novel therapy for clozapine-induced sialorrhoea*. Psychopharmacology (Berl), 2018. 235(1): p. 369-371.
30. Blissit, K.T., E. Tillery, C. Latham, and J. Pacheco-Perez, *Glycopyrrolate for treatment of clozapine-induced sialorrhoea in adults*. Am J Health Syst Pharm, 2014. 71(15): p. 1282-7.
31. Matos Santana, T.E., N.A. Capurso, M. Ranganathan, and G. Yoon, *Sublingual atropine in the treatment of clozapine-induced sialorrhoea*. Schizophr Res, 2017. 182: p. 144-145.
32. Mendhekar, D. and D. Lohia, *Urinary incontinence associated with amisulpride*. World J Biol Psychiatry, 2009. 10(4 Pt 3): p. 1045-6.
33. Karslioglu, E.H., E. Ozalp, and A. Caykoylu, *Paliperidone Palmitate-induced Urinary Incontinence: A Case Report*. Clin Psychopharmacol Neurosci, 2016. 14(1): p. 96-100.

34. Dadlani, N. and M. Austin, *Bethanechol and Aripiprazole for the management of refractory urinary incontinence in a patient on Clozapine*. Aust N Z J Psychiatry, 2016. 50(2): p. 182.
35. Patel, A., N. Malek, F. Haq, et al., *Hirsutism in a female adolescent induced by long-acting injectable risperidone: a case report*. Prim Care Companion CNS Disord, 2013. 15(3).
36. Putzhammer, A., M. Perfahl, L. Pfeiff, and G. Hajak, *Correlation of subjective well-being in schizophrenic patients with gait parameters, expert-rated motor disturbances, and psychopathological status*. Pharmacopsychiatry, 2005. 38(3): p. 132-8.
37. Baptista, T. and J. de Leon, *Positive response to clozapine augmentation in a patient with obsessive-compulsive disorder complicated by a tardive movement disorder*. Braz J Psychiatry, 2018. 40(2): p. 229-230.
38. Suthar, N., N. Nebhinani, B. Mahawer, et al., *Amisulpride induced acute dystonia*. Asian J Psychiatr, 2018. 33: p. 84-85.
39. Sjogren, R. and G. Nordstrom, *Oral health status of psychiatric patients*. J Clin Nurs, 2000. 9(4): p. 632-8.
40. Panagiotidis, P.T., K.N. Fountoulakis, M. Siamouli, et al., *Risperidone-induced sialorrhea responsive to biperiden treatment*. Schizophr Res, 2007. 93(1-3): p. 410-1.
41. Prahraj, S.K., S. Sarkar, and V.K. Sinha, *Amisulpride treatment for clozapine-induced sialorrhea*. J Clin Psychopharmacol, 2009. 29(2): p. 189-90.
42. Prahraj, S.K., P. Verma, D. Roy, and A. Singh, *Is clonidine useful for treatment of clozapine-induced sialorrhea?* J Psychopharmacol, 2005. 19(4): p. 426-8.
43. Jeong, S.H., J.H. Kim, Y.M. Ahn, et al., *A 2-year prospective follow-up study of lower urinary tract symptoms in patients treated with clozapine*. J Clin Psychopharmacol, 2008. 28(6): p. 618-24.
44. Hanes, A., T. Lee Demler, C. Lee, and A. Campos, *Pseudoephedrine for the treatment of clozapine-induced incontinence*. Innov Clin Neurosci, 2013. 10(4): p. 33-5.
45. Prahraj, S.K. and M. Arora, *Amitriptyline for clozapine-induced nocturnal enuresis and sialorrhoea*. Br J Clin Pharmacol, 2007. 63(1): p. 128-9.
46. Mendhekar, D.N. and C. Andrade, *Antipsychotic induced bruxism treated with clozapine*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2009. 21(1): p. 105-6.
47. Pekkan, G., A. Kilicoglu, and D.I. Algin, *Treatment of a tardive dyskinesia patient with temporomandibular disorder: a case report*. J Orofac Pain, 2010. 24(2): p. 212-6.
48. N05A. *Antipsicóticos*, in *Catálogo de medicamentos*, C. Farmacéutico, Editor. 2018. p. 3400.
49. Loffler, W., R. Kilian, M. Toumi, and M.C. Angermeyer, *Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment*. Pharmacopsychiatry, 2003. 36(3): p. 105-12.
50. Barnes, T.R., M.J. Drake, and C. Paton, *Nocturnal enuresis with antipsychotic medication*. Br J Psychiatry, 2012. 200(1): p. 7-9.

51. Rusch, N., A. Zlati, G. Black, and G. Thornicroft, *Does the stigma of mental illness contribute to suicidality?* Br J Psychiatry, 2014. 205(4): p. 257-9.
52. Pruzinsky, T.F.C.a.T., *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. 2002, New York. 530.
53. Ramos Pozón, S., *Las decisiones compartidas en salud mental: mitos, barreras y beneficios*. Rev Psiquiatr Salud Ment, 2016. 3: p. 175-6.
54. Villagran JM, L.R.-G.I., González-Saiz F, *Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental*. Rev Asoc Esp Neuropsiq, 2015. 35(127): p. 455-472.

