

Trastornos psiquiátricos y de conducta en el retraso mental

Ernesto Wahlberg

Médico psiquiatra infante juvenil (UBA). Jefe de División Salud Mental, Hosp. Español, Buenos Aires. Centro de Día "Françoise Dolto", Ramos Mejía. Jefe de trabajos prácticos, Depto. de Salud Mental, Fac. de Medicina (UBA). Neuquén 2655 Buenos Aires(1406) E-mail: ewahlberg@janssen.com.ar

Luis Damigella

Médico psiquiatra (UBA). Jefe de trabajos prácticos, Depto. de Salud Mental, Fac. de Medicina (UBA). Médico Coordinador en Salud Mental del P. Cottolengo Don Orione. Claypole. Bcaze 3963 Claypole (1850) Tel.: 4268-0740

La dedicación de los psiquiatras a las personas con retraso mental (RM) ha sido escasa, a pesar de figurar en el campo de la especialidad, como lo certifican nosográficamente la CIE-10(15) y el DSM-1V(2), los capítulos en los tratados de psiquiatría y la responsabilidad legal de determinar su presencia y el grado de discapacidad que pueden presentar, de allí el apropiado calificativo de Potter(16)"el retraso mental es la cenicienta de la psiquiatría".

Un cambio significativo que da la oportunidad de ubicar el tema en una mejor perspectiva, es el modelo conceptual para definir el RM que adoptó la Asociación Americana sobre el RM (AARM)(1). "es un modelo médico" aunque éste pueda a veces describir la etiología, tampoco "es un modelo psicopatológico" aunque éste describa trastornos o conductas que aparecen en algunas de las personas con RM, sino que "es un modelo funcional".

La intervención del psiquiatra en el campo del RM es más precisa, ya que la mayoría de las personas con RM no presentan trastornos mentales, y más compleja dadas las dificultades de evaluación y tratamiento.

Evaluación

La coexistencia de RM y enfermedad mental hace de la evaluación un verdadero desafío por la incidencia de varios factores:

1. El fenómeno de "Eclipse diagnóstico" (17), o preeminencia de la deficiencia cognitiva que lleva a atribuir a ésta las alteraciones conductuales que en otras personas sin RM consideraríamos una alteración psiquiátrica.

2. La dificultad de comunicación y de introspección de estas personas, que limita la capacidad para informar o describir sus síntomas, así como la de comprender conceptos abstractos como ansiedad o tristeza. Esto hace de la observación en situaciones cotidianas, además de la entrevista tradicional, un elemento importante.

3. La mayor vulnerabilidad ante situaciones cotidianas que pueden ser estresantes y producir una desorganización cognitiva –que suele interpretarse erróneamente– lleva a que relevemos atentamente las circunstancias ambientales e interpersonales en que surgieron las dificultades conductuales.

4. La habitual necesidad de intermediación, de que otros hablen por ellos, obliga a discriminar cla-

Resumen

Las personas con retraso mental (RM) han recibido poca atención por parte de los psiquiatras, por la falta de reconocimiento de la presencia de trastornos mentales en los mismos, atribuyendo todas las conductas a la condición de retrasado mental. Los objetivos son: revisar las dificultades de evaluación como el "Eclipse Diagnóstico", las fallas de la comunicación y la mayor vulnerabilidad; escribir las características que presentan los cuadros compatibles con un diagnóstico D.S.M., así como el enfoque en síntomas target (blanco) y desarrollar los criterios del uso de los psicofármacos como parte de un plan integral de tratamiento. Un diagnóstico más preciso permitirá un tratamiento más específico y eficaz.

Palabras clave: Retraso Mental – Retraso Mental y Trastornos Mentales – Retraso Mental y Psicofármacos.

PSYCHIATRIC AND BEHAVIORAL DISORDERS IN MENTAL RETARDATION

Summary

People with mental retardation have received little attention on the part of the psychiatrists, for the lack of recognition of the presence of mental disorders, attributing all the behaviors to their condition of mental retarded. The objectives are: to revise the evaluation difficulties like the "Diagnostic Eclipse", the failure in the communication and the highest vulnerability; to describe the characteristics that fulfill the DSM criteria of diagnosis, as well as the focus in symptoms target and to develop the criteria for the use of psychopharmacos as part of an integral plan of treatment. A more precise diagnosis will allow a more specific and more effective treatment

Key Words: Mental retardation – Mental retardation and mental disorders – Mental retardation and psychopharmacological treatment.

ramente las necesidades del paciente y las apreciaciones de los familiares o los intereses institucionales.

5. La difícil inclusión nosográfica de los trastornos ha llevado muchas veces a diagnósticos difusos con tratamientos difusos o iguales para todos. Hace conveniente contar con dos alternativas:

- a. El tradicional DSM de mayor aplicación en los retrasos leves.
- b. Un enfoque en trastornos de conducta, síntomas target (blanco) más conveniente en los retrasos intensos.

Trastornos psiquiátricos DSM-IV

Muchas de las personas con RM pueden encontrarse sin trastornos psiquiátricos y carentes de problemas comportamentales significativos. Se considera que entre un 20 a 40% de estas personas puede ser diagnosticadas con RM/Trastorno mental(1, 10, 21).

Consideraremos primero aquellos cuadros más frecuentes donde es posible realizar un diagnóstico DSM y veremos las manifestaciones particulares a tener en cuenta en pacientes con RM.

RM y Autismo

Los niños con RM muestran habitualmente signos del trastorno autista (TA) como conductas estereotipadas o autoagresión, si bien sólo un 4 a 8% desarrollan un cuadro completo de los criterios para su diagnóstico(22).

La mayoría de los pacientes con autismo (70%), (10) presenta algún grado de RM por lo cual frente a tal superposición es necesario el diagnóstico diferencial o determinar la comorbilidad, ya que las estrategias terapéuticas son diferentes, debiendo priorizarse el diagnóstico de autismo.

Las personas con RM no presentan las alteraciones de la interacción social propias del trastorno generalizado del desarrollo. Buscan el contacto y el apoyo de los demás, imitan las conductas de los compañeros, participan de juegos sociales con sus limitaciones –si no son rechazados– intentan comunicarse con la mirada y los gestos –si el lenguaje está limitado– muestran alegría al encontrarse con conocidos y se interesan por las situaciones sociales.

Las conductas que son comunes a ambos y pueden crear confusión son las correspondientes a los patrones restringidos de actividades o intereses, la adhesión a rutinas o rituales no funcionales y las estereotipias y manierismo motores.

Cuando más intenso es el RM más difícil es diferenciar si las limitaciones en la comunicación se deben a una u otra situación. Una posible vía semiológica es la presencia en el TA de los "islotos de rendimiento", como señalaba Kanner(6) refiriéndose a los logros de memorización; o los conceptos de "formas armónicas" o "disarmónicas", desarrollada por R. Mísés(13), que señalan la presencia en los desarrollos psicóticos (autismo) de habilidades motoras finas o el control precoz de esfínteres no congruentes con el retraso madurativo severo en las otras áreas de desempeño; de allí lo de disarmónico. En cambio en el

RM el retraso del desarrollo es más homogéneo en todas las áreas.

Otra nueva vía de abordaje para estudiar las diferencias es la investigación neuropsicológica.

Uta Frith(6), en su excelente libro sobre autismo, comenta las investigaciones de Hermelín y O'Connor donde compararon distintos rendimientos y habilidades en niños con autismo, niños normales más pequeños, y un grupo con RM.

Una innovación muy importante fue "emparejar" los grupos en su edad mental, o sea con rendimientos similares en test específicos (por ejemplo, la capacidad de recordar dígitos). Luego aplicaban una lista de palabras con coherencia y otra sin coherencia interna y encontraron que mientras que los niños sin TA, aun los que tenían RM, mejoraban sus rendimientos en las estructuras con significación, para los niños con TA eran lo mismo estímulos coherentes o incoherentes.

Entre las conclusiones de numerosas pruebas realizadas, una destacada –y que marcaba diferencias entre el TA y el RM– era la tendencia a dar coherencia a una gama de estímulos lo más amplia posible, propia del sistema cognitivo normal y el mantenimiento en el RM de esta propensión, aunque se logre a edades mayores o solo parcialmente. En cambio en el TA los sistemas de procesamiento se caracterizan por la desconexión, de allí la "habilidad" de recordar cosas sin sentido "mecánicamente" o fijar su atención en un asunto nimio como el movimiento de una cortina o una luz durante largo rato sin ninguna relación contextual.

Trastornos afectivos

Considerar, en las personas con RM, la presencia de trastornos afectivos, es primordial ya que muchas fallas diagnósticas se deben al desconocimiento de esta posibilidad, tanto en las formas leves como intensas del RM.

La prevalencia en esta población de los trastornos afectivos varía entre el 5 y el 15% en comparación con el 2 al 5% de la población general(10).

Depresión

La dificultad por parte de los pacientes, de poder expresar los sentimientos de tristeza, desinterés o fatiga, hace necesario prestar atención y reconocer los "signos" de la depresión: la mayor tendencia a la irritación, el llanto y el aislamiento; la aparición o incremento de conducta autolesiva, agresión y estereotipias; la pérdida de interés por actividades habituales, que pueden pasar inadvertidas por lo escasas y lábiles que éstas suelen ser en los pacientes con mayor retraso; el nivel de la actividad psicomotora, así como los patrones del sueño y la alimentación, que si se investigan, muestran variaciones más o menos significativas, son indicadores muy útiles.

En algunas pacientes con RM leve pueden aparecer ideas de culpa o temor a ser castigados por faltas supuestas. Cabe señalar que respecto de las conductas suicidas no existe casi registro de su presencia en nuestra experiencia ni en la escasa bibliografía sobre el tema. Una relación posible con el nivel cognitivo

es que en los niños menores de 10 años también las conductas suicidas son excepcionales.

Es muy importante investigar, en razón de la mayor vulnerabilidad, las modificaciones del medio familiar e institucional, que en una perspectiva real o imaginaria pueden convertirse en estresores abrumadores para las personas con RM (Ver lista 1) y determinar una alteración en el estado de ánimo.

Manía

Si en la población general la falta de diagnóstico del trastorno bipolar o su confusión con otros cuadros se prolonga por años como lo mostrara una investigación en nuestro medio(20) cuanto más en las personas con RM.

Nuevamente serán los signos conductuales los que nos deben alertar sobre este diagnóstico:

- El incremento de la actividad motora.
- Mayores demandas de atención.
- Menor tolerancia a la espera.
- Verbosidad desinhibida y reiterativa.
- Agresividad e irritabilidad.
- Disminución de la necesidad de sueño.
- Interés o actividad sexual más intensa.

Consideramos que, al estar muchos de estos pacientes medicados por trastornos convulsivos o indicados por problemas de conducta con Carbamazepina o Acido valproico, los episodios maníacos se manifiestan pobremente enmascarando el diagnóstico de bipolaridad.

Tanto en las variantes unipolares como bipolares de los trastornos del estado de ánimo, es orientador para el diagnóstico investigar la presencia de trastornos afectivos en familiares sin RM.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Este trastorno que tiene una incidencia del 3 al 5% en la población infantil general puede llegar al 1520% en los niños con RM(12).

La importancia del diagnóstico específico se debe a la tendencia de incluir la sintomatología como propia del RM.

Además de los criterios básicos del DSM-IV para su diagnóstico (desatención, hiperactividad e impulsividad), debemos tener en cuenta otros criterios: deben estar presentes en dos o más ámbitos, lo cual nos permite diferenciar este trastorno de situaciones reactivas a un medio determinado. También debe estar presente en forma habitual desde antes de los 7 años, lo cual discrimina aquellas situaciones de aparición episódica debidas a estresores ambientales.

En los niños con RM se debe establecer el diagnóstico sólo si los síntomas son excesivos para su edad mental y no por su edad cronológica. También puede suceder que la desatención y la hiperactividad se deban a que el niño se encuentra en un nivel de exigencia escolar que supera su capacidad y ritmo de aprendizaje.

El TDAH persiste en más de un 50%(7) en la adolescencia y en la vida adulta. Por lo tanto hay que considerarlo en estos grupos etarios aunque el diag-

Lista 1 Estresores Frecuentes en RM, hay que buscarlos activamente ya que no suelen ser comunicados espontáneamente (Adaptado de AMJR Mayo 2000)	
Tipos	Ejemplos
Cambios	a. Personales Pubertad y otros cambios evolutivos. Intervenciones quirúrgicas. Dolor. b. Ambientales: Cambio de Residencia. Cambio de Rutinas (viajes, ocupaciones). Pérdida de Privacidad.
Agresiones Ambientales	Agresiones Físicas o Verbales. Hostilidad. Abuso Sexual. Exigencia excesiva laboral o escolar.
Insatisfacción Ambiental	Visitas o llamadas desestabilizantes. Falta de estímulos satisfactorios. Desorganización Ambiental.
Pérdidas Personales	Pérdida de los Padres, otros familiares, cuidadores o compañeros. Pérdida de Rol.
Frustración	Por no ser entendido en sus necesidades y deseos. Por no satisfacción de fantasías.

nóstico no se haya hecho en la niñez, lo cual no descarta que haya estado presente, recordando que la hiperactividad suele disminuir, persistiendo más claramente la desatención y la impulsividad.

Al igual que en individuos sin RM la presencia de esta sintomatología(19) conduce a disfunción secundaria, fracaso en sus tareas, rechazo social y desorganización, limitando sus posibilidades de integración; de allí la necesidad de detectar su presencia y establecer la terapéutica específica.

Demencia

El síndrome demencial en las personas con RM es cada vez más frecuente, al estar directamente relacionado con el notorio aumento del promedio de edad en esta población. Este tema merecería un capítulo especial, mencionando aquí solamente que empieza a haber acuerdo en que la expectativa de vida de este grupo ha aumentado más que en el resto de la población coincidiendo paradójicamente con la temprana aparición del proceso de envejecimiento.

Como modelo descriptivo, en cuanto a sintomatología, etiología y subtipos de síndrome demencial,

se usa el DSM-IV, destacando las características a las que se debe prestar atención:

1. Los criterios A1 y A2 (deterioro de la memoria y alteraciones cognitivas) tienen dificultades en su delimitación, así como los datos del examen neurológico. La memoria, junto con la atención y el juicio, están comprometidas con gravedad variable en el RM, al punto que algunas investigaciones preconizan que este compromiso es uno de los componentes del modo cognitivo de las personas con RM. De esta manera, los elementos semiológicos a considerar en el diagnóstico de demencia, se parecen en muchos aspectos a los propios del RM, fundamentalmente si no se tienen antecedentes claros. Se acentúa entonces la importancia de otros ítems, que generalmente aparecen más en segundo plano en la búsqueda sintomatológica, criterio B (deterioro social y merma significativa del nivel previo). La disminución de las habilidades adquiridas es lo esencial del cuadro considerado.

2. Es indispensable la valoración de estos cambios con los familiares o cuidadores, aún si son de "pobreza sintomática" cuidando especialmente el evitar valorarlos como naturales en RM.

3. Hay que agotar medios para descartar causas de "pseudodemencia" o demencias reversibles: hemos encontrado casi todas las que cita el DSM-IV, recordando aquí únicamente la "demencia epiléptica" –como en el síndrome de Lennox– y los secundarios a exceso de psicotrópicos y a los traumatismos craneoencefálicos no advertidos, que son más frecuentes de lo esperado.

4. Aunque pueda parecer elemental, es necesario pensar en la existencia de este desorden en los RM en cierta edad, por la natural tendencia a ver sólo lo "infantil" en esta población, pasando por alto los datos del envejecimiento.

Trastorno Psicótico Breve y Trastornos Adaptativos

Estos desórdenes aparecen claramente delimitados en las clasificaciones (Ver DSM-IV y su equivalente en el ICD10), caracterizados por:

- a. su duración acotada,
- b. su presencia ante factores precipitantes externos, esencialmente en personas con una vulnerabilidad marcada, mencionada en el eje II del DSM, y
- c. la remisión al estado anterior luego del episodio. Se diferencian así de otros desórdenes: crisis maníacas, esquizofrenia con crisis recurrentes, delirium, etc. La importancia que le damos en nuestra práctica psiquiátrica con RM, responde a que son específicamente mencionados en las descripciones sobre los problemas psiquiátricos en RM, pero no se destaca su prevalencia, mayor que otros trastornos, llegando incluso a ser una de las principales causas de consumo de antipsicóticos en este grupo, que de no diagnosticarse correctamente puede inducir la prolongación indebida del uso de psicofármacos.

Trastorno psicótico breve

Su psicopatología puede entenderse desde la comprensión del modo cognitivo en el RM que hace que los estresores habituales sean valorados de una ma-

nera particular, que no debe confundirse con una interpretación delirante. La distinción del DSM entre "con desencadenante grave y sin desencadenante grave" para el caso del Trastorno psicótico breve, no parece aquí aplicable, pues estas personas pueden codificar como graves o catastróficos no sólo acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona, sino otros que no suelen ser valorados habitualmente de esa manera.

Trastornos adaptativos

Lo mismo podemos decir del "estresante identificable" de los Trastornos Adaptativos, con su "malestar mayor de lo esperable al estresante". El diagnóstico debe basarse en los otros elementos descritos –duración, características, etc.– sin dejar de lado una cuidadosa búsqueda de los hechos desencadenantes, generalmente con la ayuda de los que conviven y conocen al paciente. Una evaluación completa y un plan individualizado de tratamiento requiere estar atento a estos posibles estresores, y detectarlos (ver Lista 1) y disminuirlos puede ser el principal objetivo, si no confundimos estos desórdenes con otros del DSM-IV.

Trastornos de conducta-síntomas blanco (target)

Muchas veces los signos y síntomas no permiten realizar un diagnóstico DSM o ICD, sino que son perturbaciones presentes en varios trastornos y a la vez faltan elementos para configurar uno en especial.

En esas circunstancias se pueden utilizar un enfoque en síntomas blanco (*target*).

Para organizar la intervención es útil una clasificación de los problemas de conducta y una escala que evalúe la gravedad e intensidad de las mismas a los fines de tener un lenguaje y metodología común para todas las personas relacionadas con la asistencia.

Presentamos como una opción la ICAP (*Inventoy for Client and Agency Planning*) de la cual utilizamos el apartado de problemas de conducta. Está organizada en 8 áreas:

1. *Comportamiento autolesivo* hace daño en el propio cuerpo, por ejemplo golpeándose, cortándose, tirándose el cabello o mordiendo.
2. *Heteroagresividad* hace daño a otras personas o a animales, por ejemplo, golpeando, dando patadas, pellizcando.
3. *Dstrucción de objetos* intencionalmente rompe, estropea cosas por ejemplo cortando, tirando o quemando.
4. *Conducta disruptiva* interfiere en la actividad de otros por ejemplo, abrazándose en exceso, discutiendo, buscando pelea, interrumpiendo o gritando.
5. *Hábitos atípicos*: conductas poco usuales, extrañas, que se repiten una y otra vez (estereotipias), por ejemplo ir y venir por la habitación, balancearse, chuparse las manos, hablar solo, hacer muecas o ruidos extraños
6. *Conducta social ofensiva*: conductas que ofenden a otros por ejemplo insultar, mentir, amenazar, manosear a otros, mostrar los genitales u orinar en lugares no apropiados.
7. *Retraimiento o falta de atención*: problemas de fal-

ta de relación con los otros, por ejemplo mantenerse alejado, expresar temores poco corrientes, distraerse o permanecer muy inactivo.

8. *Conductas no colaboradoras* la persona no colabora activamente, por ejemplo, se niega a cumplir tareas, no respeta las reglas, roba o desafía.

La persona que evalúa debe indicar si existen o no problemas en cada una de las áreas. Si los hay en alguna de ellas, debe describir el problema principal.

Luego se debe valorar su gravedad en una escala de 0 (no es grave) a 4 (extremadamente grave) y la frecuencia de 0 (nunca), a 5 (una o más veces en una hora). La presencia de estas conductas limita la independencia del individuo, dificulta las posibilidades de adquirir y desarrollar habilidades y suele ser uno de los principales obstáculos para los programas de integración.

Es necesario para lograr su superación tratar de entender su significación. Muchas veces son alternativas comunicacionales distorsionadas*, que merecen una estrategia psicoterapéutica especial. Otras, como las estereotipias y algunas conductas autolesivas, pueden ser propias del cuadro que generó el RM (como los traumas que afectan el SNC determinando retrasos mentales severos). Cuando su aparición es brusca cabe pensar en problemas clínicos que no logra transmitir de una forma más adecuada, cefalea, problemas odontológicos o traumatismos no registrados.

La intensidad o el potencial peligro para sí o para sus semejantes de estas conductas desadaptativas, pueden hacer necesario integrar un apoyo psicofarmacológico a la estrategia terapéutica.

Es cierto que se ha abusado de la medicación –en particular de los neurolépticos– utilizándola como único recurso, sin una evaluación integral y con la supresión como único objetivo.

Esto no es motivo para "condena" su uso y sembrar la duda y el temor en los pacientes, familiares o maestros; de allí la necesidad de brindar información clara de los beneficios y dificultades así como de los riesgos de la falta de tratamiento.

Tratamiento farmacológico **Consideraciones generales**

Es frecuente encontrar en las personas con RM y trastornos mentales asociados, diagnósticos poco precisos, sin objetivos claros, tratados con polifarmacia y falta de control periódico.

La situación habitual es la de indicaciones rígidas, de duración indefinida –a veces por años– con pérdida del objetivo terapéutico inicial, donde los efectos secundarios no son considerados al tomarlos como características propias del RM.

Por esta razón es preciso:

1. Incluir la indicación farmacológica en un plan global. Con abordajes al paciente, la familia y los asistentes con las técnicas psicoterapéuticas más apropiadas.

2. Elegir el régimen de medicación más simple que

sea posible, a fin de asegurar su cumplimiento –problema no menor muchas veces– y minimizar los efectos secundarios.

3. Evaluar periódicamente las indicaciones, partiendo de un registro de la situación inicial con diagnóstico o síntomas blanco claramente precisados, que permita luego evaluar la eficacia terapéutica y el tiempo de tratamiento.

4. Evitar el uso de drogas del mismo grupo, como por ejemplo, dos neurolépticos sedativos administrados simultáneamente, ya que estrategias de ese tipo sólo se justifican excepcionalmente.

Indicaciones particulares

En las propuestas de tratamiento para los distintos trastornos o síntomas decidimos resumir y comentar los aspectos más destacados de la "Guía de Consenso de Expertos en RM sobre el tratamiento con medicamentos de problemas psiquiátricos y de conducta" –serie publicada por la AAMR en su revista *American Journal On Mental Retardation* (AJMR) de Mayo de 2000(18)– por que está actualizada e intenta superar de una manera conveniente la existencia de pocos trabajos clínicos sobre estos tratamientos del RM.

Los expertos eligieron mantener las dos orientaciones diagnósticas según el DSM-IV (Tabla 1) o el enfoque en los síntomas conductuales (Tabla 2). Cabe destacar que la mayoría prefiere recurrir a síntomas precisos para el diagnóstico como Auto o Heteroagresividad que utilizar categorías inespecíficas del DSM como sería en este caso Trastorno en el Control de Impulsos no Especificado.

Las tablas son el resumen de las drogas de elección que usan mayoritariamente los 45 expertos consultados, y las alternativas a las mismas en cada una de las patologías o áreas de problemas de conducta.

Comentarios **Antipsicóticos**

Los antipsicóticos tradicionales incisivos o sedativos, son de última elección no sólo por la mayor prevalencia de efectos extrapiramidales, sino por los efectos deficitarios inducidos por los neurolépticos (NIDS)(3) –como retracción emocional, pérdida de memoria o dificultades de concentración– que agravan la discapacidad. No podemos desconocer las dificultades de acceso por su costo de los nuevos antipsicóticos, pero no debemos resignarnos a que haya una medicación de ricos y otra de pobres, ya que no es lo mismo en términos de calidad de vida recibir una que otra, aunque para la supresión de algunos síntomas sean equivalentes.

Benzodiazepinas

Con relación a las benzodiazepinas su uso es restringido, no sólo por los efectos adversos habituales, sobre la memoria en su uso prolongado o el desarrollo de tolerancia y dependencia, sino por ser utilizada en una población donde es más frecuente(14) que se presente el efecto paradójico con irritabilidad y agresividad.

* N. de la R.: ver el artículo de N. Dominianni y L. Aleman en este Dossier.

Tabla 1

Selección de Medicación para los Trastornos Psiquiátricos Clasificables en el DSM IV
La Presencia de RM no modifica notoriamente la elección de la medicación apropiada, siendo las recomendaciones las similares las de los pacientes sin Retraso Mental
 (Adaptado de AJMR Mayo 2000)

Diagnóstico DSM IV	Medicación Preferente
Trastorno Depresivo Mayor	IRSS Venlafaxina Nafazodome
Trastorno Bipolar Episodio Depresivo	Litio o Ac. Valproico + IRSS Venlafaxina
Trastorno Bipolar Episodio Maníaco	Ac. Valproico Ca de Litio Carbamazepina
Esquizofrenia Trastorno Psicótico Breve	Acceptación Oral. Antipsicóticos Atípicos No Acceptación Oral. Antipsicóticos de depósito
Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad	Psicoestimulantes (Metilfenidato/Pemolina) Alfa-2 Agonistas (Clonidina) Bupropión
Trastorno Obsesivo Compulsivo	IRSS Clorimipramina
Trastorno por Stress Post Traumático	IRSS Venlafaxina

Depresión

En la depresión la mayoría de los consultados raramente utilizarían antidepresivos tricíclicos (ATC). En este caso los efectos anticolinérgicos, de incidencia similar que en las personas sin RM, son de más difícil manejo por la dificultad en el autocuidado en algunos pacientes con RM. Es más habitual que los cuadros depresivos se presenten con irritación y agresividad y los ATC han sido más asociados(9) con una exacerbación de estos síntomas. Mientras que los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (1SRS) por su efecto serotoninérgico son considerados más antiagresivos.

Tabla 2

Selección de Medicación para los Síntomas Conductuales ("Target")
Cuando el Diagnóstico DSM IV no puede ser hecho y los síntomas son severos y persisten - tes, sin responder a las intervenciones Ambientales y Conductuales.
 (Adaptado de AJMR Mayo 2000)

Trastorno Conductual	Medicación Preferente
Comportamiento Autolesivo	Antipsicóticos Atípicos Anticonvulsivantes - Estabilizadores del humor Considerar también los ISRS.
Hetero-agresividad Destrucción de objetos	Antipsicóticos Atípicos Anticonvulsivantes - Estabilizadores del Humor Considerar también los ISRS.
Conducta Disruptiva Conducta Social Ofensiva	Antipsicóticos Atípicos Anticonvulsivantes - Estabilizadores del Humor Considerar también los ISRS.
Hábitos Atípicos	Antipsicóticos Atípicos Considerar también los ISRS.
Retraimiento o Falta de Atención Conductas no Colaboradoras	Antipsicóticos Atípicos ISRS.
Ansiedad	ISRS Buspirona
Insomnio	Trazodone Zolpidem

Agresividad

Es uno de los motivos de consulta más frecuente(8) ya sea dirigida contra sí mismo, terceros u objetos. Está determinada por múltiples factores ambientales, comunicacionales y por dificultad en controlar los impulsos. De ser necesaria la medicación, el consenso es, como vimos, 1. Antipsicóticos atípicos (AA) 2. Anticonvulsivos, estabilizantes del humor y 3. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (1SRS). Es importante destacar esta secuencia, por que, cuando por sus dificultades de acceso no contamos con AA, la opción, como sucede frecuentemente, no deberían ser los neurolépticos tradicionales ya que su efecto es más sedativo(9) que antimpulsivo además de los efectos secundarios ya mencionados.

Trastorno por déficit de atención / hiperactividad

Uno de los principales beneficios de realizar el diagnóstico es poder utilizar el apoyo farmacológico,

tan efectivo como en las personas sin RM. Recordemos que el TDA/H persiste en más del 50% en los adultos y que también deben ser tratados si la sintomatología interfiere significativamente con su desempeño o integración. La primera elección es el metilfenidato pero su prescripción es dificultosa (recetario especial). El prejuicio social y profesional, así como los inconvenientes de su vida media corta –que determina la necesidad de varias tomas y la posibilidad de efecto rebote, con exacerbación de la sintomatología– hacen que muchos desistan de su uso, pero esto no debería privar a los pacientes del tratamiento. Por lo tanto en esas circunstancias es conveniente considerar las otras alternativas(19) que generan menos resistencias.

Ansiedad e Insomnio

Las recomendaciones reflejan las consideraciones, vistas anteriormente, sobre el uso de las benzodiazepinas y los neurolépticos sedativos –que prácticamente, no son ya medicaciones de primera ni segunda elección– y llevan a considerar drogas que habitualmente no tenemos en cuenta como el trazadone o la buspirona.

Conclusión

Los cambios que significan pasar de un modelo de cuidado y aislamiento a uno de habilitación e integración para las personas con RM, exigen también un cambio en la clínica psiquiátrica y las indicacio-

nes de tratamientos. Pasando de "tranquilizarlos" a "despejar" las limitaciones que imponen los trastornos psiquiátricos y de conducta. Para ello recordemos que están presentes más frecuentemente que en las personas sin RM y en toda su diversidad y que, por lo tanto, podemos utilizar el amplio espectro de recursos farmacológicos y terapéuticos que utilizamos con todos los pacientes ■



Referencias bibliográficas

1. American Association on Mental Retardation, Retraso Mental. *Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid, Alianza Editorial, 1997
2. American Psychiatric Association., *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1995
3. Apfelbaum, S., Depresión y Esquizofrenia. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 1998, vol. IX:270-282
4. Carr, E., *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid, Alianza Editorial, 1996
5. Centeno, D., *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades*. Bilbao, Mensajero Editorial, 1996
6. Frith, U., *Autismo*. Madrid, Alianza Editorial, 1998
7. Kaplan, H., Sadock, B., *Tratado de Psiquiatría*. IV Edición Buenos Aires, Editorial Intermédica, 1997
8. King, B., De Antonio, C., Mc Cracken, J., Forness, S., Ackerman, V., *Psychiatric Consultation in Severe and Profound Mental Retardation*. *Am. J. Psychiatry* 1994; 151:1802-1808
9. Jufe, G., Tratamiento farmacológico de la agresión impulsiva. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquia* 2000, vol. XI:56-63
10. Lovell, W., Diagnósticos dobles: Trastornos psiquiátricos en estados de minusvalidez vinculada con el desarrollo. *Pediatr Clin. North* 1993 40:619-634
11. Mercugliano, M., Psicofarmacología en niños con minusvalidez vinculada con el desarrollo. *Pediatr. Clin. North Am.* 1993, 40:635-663
12. Michanie, C., Comorbilidad en el A.D./H.D. En *A.D./H.D. en niños, adolescentes y adultos*. Selevich E., (comp.) Buenos Aires, Editorial Paidós, 2000.
13. Mises, R., *El niño deficiente mental*. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1977
14. Moizeszowicz, J., *Psicofarmacología Psicodinámica*. Editorial Paidós, 1998
15. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pauta para el diagnóstico*. Madrid, Ed. Meditor, 1992
16. Potter, H., *Mental Retardation: the Cinderella of Psychiatric*, in *Psychiatric Aspects of the Diagnosis and Treatment of Mental Retardation*. Edited by Menolascino F. J. Seattle, Special Child Publications, 1971.
17. Reiss, S., Levitan, G., Emotional disturbances and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency* 1982; 86:567-574
18. Rush, J., Frances, A., Treatment of Psychiatric and Behavioral Problems in Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation* 2000; 105:178-188
19. Silver, L., Otros medicamentos no estimulantes para tratar al síndrome de perturbación de atención / hiperactividad. *Pediatr. Clin. North. Am* 1999 46: 1025-1035
20. Strejilevich, S., García Boneto, G., Chan, M., y col., Problemas actuales respecto al diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en nuestro medio: experiencia y opinión de los usuarios. *Pren. Med. Argent* 1999; 86:823-830
21. Verdugo Alonso, M., *Personas con discapacidad*. Madrid, Siglo XXI editores, 1998
22. Wing, L., *El Autismo en Niños y Adultos. Una guía para la familia*. Barcelona, Ed. Paidós, 1998