

## CAPÍTULO VI

# UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN LAS ALTERACIONES MENTALES Y/O DE LA CONDUCTA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. ¿QUÉ DEBEMOS SABER?

La utilización de fármacos en las personas con discapacidad intelectual se inicia en el siglo XIX con el desarrollo de las primeras sustancias sedantes, pero no fue hasta principios de los años 50 cuando los fármacos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central fueron considerados como la forma más eficaz para controlar los trastornos conductuales en las personas con discapacidad intelectual y en la mayoría de casos el único tratamiento.

Desde entonces, su uso en los sujetos con discapacidad se ha dirigido más a la supresión de síntomas no específicos que a asociar sustancias conocidas con enfermedades de tipo mental. No siempre se analiza la causa real del síntoma, ni se estudia el conjunto del ambiente en el que este aparece.

La palabra “psicotropo” es una combinación de las palabras griegas “psyche”, que significa “*mente*”, y “tropos” que significa “*ir hacia*”, por tanto su significado podría ser “*que afecta a la mente*”. Es decir, los psicotropos o psicofármacos son medicamentos específicamente diseñados para actuar sobre:

- Las alteraciones del pensamiento (alucinaciones y delirios principalmente).
- Las alteraciones del estado de ánimo (afecto, estados de placer o displacer, etc.).
- Las alteraciones de la conducta (sobre todo si son graves y peligrosas, con riesgo para el propio sujeto o para los demás).

Su eficacia es el resultado de su acción sobre los “neurotransmisores”, que son sustancias químicas del cerebro que intervienen en la transmisión del impulso nervioso. Las más conocidas son la noradrenalina, la serotonina y la dopamina.

## **QUÉ DEBEMOS HACER ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Como hemos visto en capítulos anteriores, los problemas de conducta son la expresión inespecífica de factores biológicos, psicológicos y socio-ambientales que frecuentemente no se identifican a la hora de seleccionar el tratamiento.

Una conducta agresiva, por ejemplo, puede ser consecuencia de una gran variedad de factores, entre los cuales el malestar físico y la irritabilidad que puede ocasionar el padecimiento de una enfermedad, unidos a la incapacidad para comunicarse, son las más frecuentes. Un psiquiatra puede, sencillamente, interpretar que la alteración conductual es un signo de una psicosis y administrar un fármaco antipsicótico para controlar el problema. Un terapeuta conductual puede utilizar estrategias de castigo con la misma intención, sin considerar que el objetivo básico de la conducta es funcional en sí misma, es decir, sirve al individuo para interactuar con el medio. Estas formas de actuar representan control, no tratamiento, ya que están dirigidas a suprimir la frecuencia y gravedad de las conductas más que a reconducir los factores subyacentes que las provocan.

La causa de los trastornos conductuales en personas con discapaci-

dad intelectual puede estar relacionada con enfermedades psiquiátricas, alteraciones orgánicas y enfermedades médicas o ser fruto de un proceso de aprendizaje. Por ello, cuando evaluamos una conducta desafiante y antes de iniciar cualquier tratamiento, es importante determinar la finalidad de la misma para la persona. ¿Para qué le sirve?. Señalemos que las conductas no son excluyentes entre ellas; así, una conducta puede servir a diferentes finalidades en un mismo individuo (reclamar atención, escapar de situaciones o demandas, tener acceso a materiales o actividades, o como mecanismo de autoestimulación).

- **Una forma de comunicar**

De forma complementaria a los anteriores supuestos, los trastornos conductuales pueden ser una forma no-verbal de comunicarse, especialmente en personas con grandes dificultades para utilizar los medios habituales de comunicación. Entre los mensajes que pueden manifestarse como trastorno conductual podemos encontrar: “quiero tu atención”, “dame esto”, “déjame tranquilo”, “no entiendo lo que me estás pidiendo”, “ayúdame”. Una persona con grandes limitaciones verbales puede golpearse violentamente la cabeza para alertar a los cuidadores de que le duele el oído a consecuencia de una otitis.

En estas situaciones el tratamiento dirigido hacia la conducta no es el más eficaz. Debemos enseñar a la persona formas alternativas de comunicación, como por ejemplo, la utilización de signos y pictogramas.

- **Enfermedades psiquiátricas**

Como hemos visto, las personas con discapacidad intelectual presentan las mismas enfermedades psiquiátricas que la población no discapacitada. El principal problema reside en la dificultad para diferenciar entre los síntomas conductuales de un trastorno psiquiátrico de aquellas conductas que son el resultado de procesos de aprendizaje, o que son controladas por el entorno.

Los síntomas psiquiátricos farmaco-respondientes en personas con discapacidad intelectual están a menudo distorsionados o enmascarados por el estadio de desarrollo, por la edad mental y por las limitaciones funcionales del sujeto.

La diferenciación es importante porque la forma de tratamiento será diferente. Por ejemplo, la agresión y la auto-agresión pueden ser síntomas conductuales relacionados con la presencia de un trastorno obsesivo-compulsivo, de un trastorno bipolar o de ansiedad en personas con discapacidad intelectual, y el tratamiento debe dirigirse a resolver la enfermedad psiquiátrica subyacente. Pueden ser una manifestación de la depresión en personas con un nivel de retraso grave y profundo que expresan su estado emocional en forma de irritabilidad, de hostilidad, de marcada disminución del interés por actividades que resultaban placenteras, de insomnio, de agitación psicomotora, de disminución del apetito y de rabieta. No interpretar estos síntomas de forma correcta puede conducir erróneamente a la prescripción de antipsicóticos y al consiguiente empeoramiento conductual, que habría mejorado bajo el efecto de los antidepresivos.

#### • **Enfermedades orgánicas**

La presencia de enfermedades y pequeños trastornos médicos no diagnosticados, entre los que encontramos problemas dentales, infecciones ocultas, problemas musculoesqueléticos, esofagitis de reflujo, síndrome pre-menstrual, cefaleas, etc., pueden explicar muchos de los trastornos conductuales en personas con discapacidad intelectual. Las mayores necesidades médicas unidas a la dificultad comunicativa para expresar el malestar favorecen la presencia de los mismos.

Por esta razón, el tratamiento apropiado debe iniciarse necesariamente por la evaluación e identificación de las posibles enfermedades y alteraciones orgánicas. La naturaleza y el patrón de la propia conducta nos pueden ayudar. Por ejemplo, si las auto-agresiones en una mujer aparecen de forma regular durante los periodos menstruales, el tratamiento médico será el adecuado, si bien el tratamiento eficaz incluirá el

aprendizaje de formas más normalizadas de demanda de atención.

- **Efectos secundarios de la medicación**

Los efectos secundarios de algunos fármacos son otro de los desencadenantes habituales en personas con discapacidad intelectual. Como hemos visto, los psicofármacos son extensamente utilizados en estas personas, y muchos de ellos, incluso a dosis terapéuticas, pueden generar efectos secundarios de tipo conductual. Por ejemplo, los antipsicóticos, en función del tipo y de las dosis, pueden ocasionar confusión mental, sedación y entorpecer las funciones psicomotoras, así como agravar la sintomatología por la cual han sido prescritos. Los ansiolíticos pueden, además de los esperados efectos sedativos, dar lugar a efectos paradójicos manifestados por una desinhibición conductual, excitación, hiperactividad, aumento de la agresividad e irritabilidad que, al no ser reconocidos como efectos secundarios, o bien conducen a incrementos de la dosis o bien, como en la mayoría de los casos, a la adición de un antipsicótico. Igualmente, otro tipo de fármacos no psicotrópicos como la teofilina, algunos hipotensores, corticoides y antiinflamatorios pueden producir efectos secundarios conductuales, mayoritariamente cognitivos.

La AAMR ha publicado recientemente los resultados de un estudio de opinión de un conjunto de expertos sobre las normas a seguir en el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos y los Problemas de Conducta en el Retraso Mental.

Se nos recuerda que el diseño del Plan Individualizado de Tratamiento tiene que considerar los posibles factores desencadenantes tanto inmediatos como remotos que puedan “precipitar” o “exacerbar” un trastorno psiquiátrico o un problema conductual (tabla 26).

El primer paso debe ser ayudar al sujeto, a la familia o a los cuidadores a enfrentar o eliminar estas circunstancias favorecedoras, con lo que mejora, en la mayoría de las ocasiones, la eficacia de cualquier tratamiento posterior que se ponga en marcha.

**Tabla 26. Posibles eventos desencadenantes de trastornos psiquiátricos y/o conductuales en personas con retraso mental**

<b>TIPO DE ESTRESOR</b>	<b>EJEMPLOS</b>
Momentos de transición	Cambio de residencia, nueva escuela o lugar de trabajo, variación del camino para acudir al trabajo. Estadios del desarrollo (pubertad, alcanzando la mayoría de edad).
Pérdidas o rechazos personales	Pérdida de un familiar, cuidador, amigo, compañero de habitación. Ruptura de una relación emocional (noviazgo). Ser expulsado de un trabajo o de la escuela.
Ambientales	Sobrecarga, ruido excesivo, desorganización. Falta de estimulación satisfactoria. Falta de privacidad en hogares o residencias demasiado numerosas y congregadas.
Problemas relacionados con los padres y el soporte social	Falta de apoyo de la familia, amigos y compañeros. Visitas, llamadas de teléfono o cartas desestabilizadoras. Negligencia. Hostilidad. Abuso físico o sexual.
Enfermedad o discapacidad	Enfermedades crónicas o psiquiátricas. Grave proceso agudo. Déficit sensorial. Dificultades con la deambulaci3n. Convulsiones.
Estigmatizaci3n derivada de los problemas físicos o intelectuales	Mofa, burla, exclusi3n, abuso, intimidaci3n y explotaci3n.
Frustraci3n	Derivada de la dificultad para comunicar necesidades y deseos. Derivada de la incapacidad para elegir (donde vivir, con qui3n, sobre el trabajo, dieta...) Derivada de la minusvalía secundaria a los déficits.

## **¿QUÉ DEBEMOS SABER SOBRE LOS PSICOFÁRMACOS?**

Cuando acompañamos a una persona con discapacidad intelectual al médico, éstas son algunas de las preguntas que debemos hacer acerca de la medicación prescrita:

- ¿Para qué se da esta medicina? ¿Para tratar una enfermedad concreta o para tratar un síntoma?
- ¿Cómo podemos saber si la medicación está actuando como se espera?
- ¿Cuándo se debe administrar? ¿Antes de las comidas, durante las comidas, después de las comidas?
- ¿Cuáles son los principales efectos secundarios de la medicación? ¿Podemos hacer algo para reducirlos?
- ¿Qué puede hacer el cuidador si aparecen efectos secundarios?
- Cuando damos el fármaco, ¿deben evitarse alimentos, bebidas alcohólicas u otros medicamentos?
- ¿Qué debemos hacer si nos olvidamos de administrar una toma? ¿Y si nos pasamos en la dosis?

## **¿CÓMO SABER SI EL TRATAMIENTO PRESCRITO ES EFICAZ?**

No se trata de tomar decisiones sobre si el tratamiento “es o no es eficaz” y recomendar su retirada o cambio, este es el papel del médico en el equipo multidisciplinar. Nuestro principal objetivo debe ser proporcionar al facultativo, o al equipo, información objetiva y longitudinal para evaluar el beneficio/riesgo del tratamiento psicofarmacológico prescrito.

Al abordar a una persona con discapacidad intelectual, especialmente si el nivel de comunicación verbal es muy limitado o inexistente, la mayoría de psiquiatras centran sus decisiones terapéuticas, sobre todo, en las observaciones conductuales y en menor grado en la exploración y entrevista psiquiátrica, que es la técnica habitual utilizada en personas sin discapacidad intelectual. Sin embargo la realidad es que la información de la que dispone el médico en relación a la evolución en

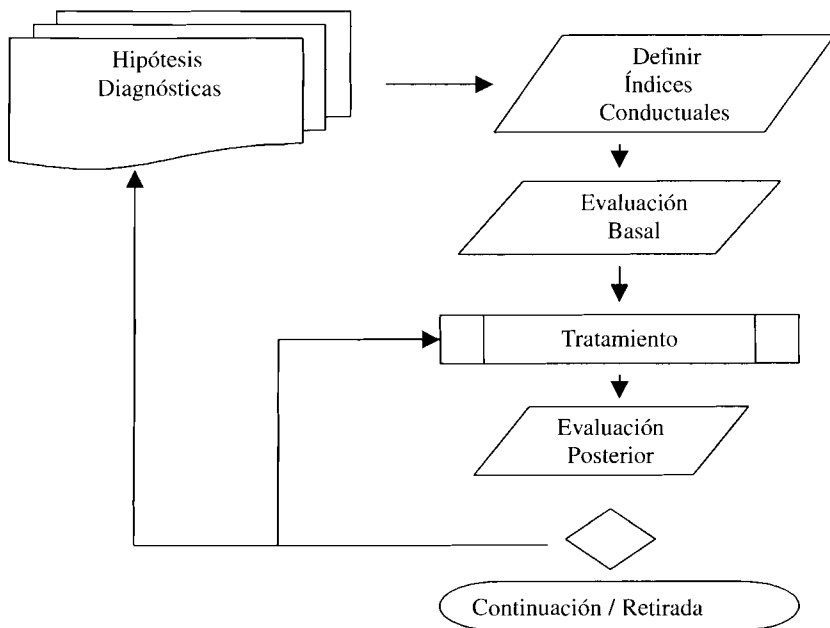
el tiempo del estado de la persona suele ser insuficiente o exclusivamente basada en impresiones subjetivas de los cuidadores y/o de la familia: “*Parece que está mejor*”, “*Sí, bueno, tiene días, pero se le ve más tranquilo*”, “*Para nada, ¡sigue igual!*”. Éstas o expresiones similares son las que se emplean para comunicar la situación del sujeto. ¡Es evidente que esta información es insuficiente y poco válida!

Una forma de solucionar esta baja fiabilidad de la información consiste en basar nuestras observaciones en “**Índices Conductuales**”, entendidos como la definición de la/s conducta/s que presenta un individuo, que es el resultado de un “diagnóstico”, una “condición” o una “hipótesis”.

Utilizaremos los índices conductuales como indicadores para evaluar la respuesta a un tratamiento, sea éste farmacológico, conductual, ecológico, o una combinación de todos ellos.

Tal como hemos señalado, para poder identificar cambios es necesario observar cómo era la conducta o el estado de la persona con anterioridad y posterioridad al tratamiento instaurado. Un *periodo de exploración basal* debe contemplar el estado de la persona como mínimo durante dos a cuatro semanas previas al tratamiento. Sin embargo, como sabemos, muchas personas con discapacidad intelectual están siendo tratadas con psicofármacos de forma continuada. En estas circunstancias no se trata de retirar la medicación para observar la conducta, podemos considerar como periodo basal cualquier periodo previo a la puesta en marcha de un nuevo tratamiento o a la retirada de uno que esté tomando, con independencia de los que siguen siendo administrados.

De la misma forma, pasado el tiempo que se considere adecuado en función del trastorno y del tipo de tratamiento, deberemos repetir la evaluación de los índices conductuales para verificar la eficacia del tratamiento. En el siguiente esquema se muestra cuál sería el proceso de decisión:



Para poder medir los “Índices Conductuales” podemos utilizar diversos registros de frecuencia y escalas como el Scatter Plot, el Inventario de Conductas Desafiantes (Challenging Behavior Checklist), la Escala de Conductas Anómalas (ABC-ECA, Aman 1985), la Escala de Conducta Desadaptativa (Maladaptive Behavior Scale - MABS, Thomson, 1988) y registros de sueño entre otros ya descritos en capítulos anteriores.

## ¿QUÉ HAY SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

Los medicamentos pueden causar efectos secundarios en muchas partes del cuerpo. Algunos desaparecen con el tiempo, otros pueden ser tratados por el médico.

Debemos saber que cada fármaco tiene su dosis eficaz que garantiza un menor riesgo de efectos secundarios. Si pretendemos comparar

la eficacia de diferentes medicamentos no lo podemos hacer comparando simplemente los miligramos prescritos de cada uno de ellos.

No podemos negar a nadie el **Beneficio** de un correcto tratamiento farmacológico, pero no debemos someter a nadie al **Perjuicio** de un incorrecto tratamiento farmacológico.

## **Tipos de medicamentos**

Los medicamentos más frecuentemente prescritos por los médicos a las personas con discapacidad intelectual pertenecen a las siguientes clases:

1. Antipsicóticos
2. Antiparkinsonianos
3. Antidepresivos
4. Tranquilizantes e Hipnóticos
5. Estabilizadores del humor
6. Otros

### **1. FARMACOS ANTIPSICÓTICOS**

Llamados también neurolépticos o tranquilizantes mayores. Su nombre viene de su utilización en las “psicosis”. Gracias a su efecto sedativo pueden ser utilizados también para el control a corto plazo de la ansiedad, mientras investigamos y tratamos su causa. A diferencia de otras sustancias de tipo sedante, los antipsicóticos no poseen capacidad para generar adicción y será, por tanto, muy difícil que una persona busque afanosamente su consumo. Igualmente, estos fármacos pueden mejorar algunas de las manifestaciones que suelen aparecer en personas que sufren demencia como por ejemplo la ansiedad, la hiperactividad, los delirios y las alucinaciones.

Nombres comerciales más comunes:

- |               |            |             |
|---------------|------------|-------------|
| • HALOPERIDOL | • DECENTAN | • LEPONEX   |
| • MELERIL     | • ETUMINA  | • RISPERDAL |
| • SINOGAN     | • MODECATE | • ZYPREXA   |

- CISORDINOL
- LARGACTIL
- SEROQUEL
- CLOPIXOL
- NEMACTIL

**Principales Indicaciones**

Síntomas de la esquizofrenia:

- Delirios (creencias falsas sin fundamento, por ejemplo creer que le persiguen o le quieren hacer daño o envenenar).
- Alucinaciones (oír voces o ver a alguien cuando no hay nadie).
- Alteraciones de la conducta.

Síntomas de la fase maníaca:

- La persona está eufórica, cree que es capaz de todo, tiene una energía y actividad inagotables y puede no dormir durante días.

Tics vocales y motores.

Agitación y síntomas de delirio y alucinaciones en la demencia.

Tratamiento a corto plazo de la ansiedad.

Graves alteraciones de la conducta:

- Autoagresividad, hiperactividad y violencia.

<b>PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS</b>	<b>¿QUÉ PODEMOS HACER PARA CONTROLARLOS?</b>
• Sequedad de boca.	• Proporcionar caramelos o chicles sin azúcar.
• Visión borrosa, sequedad de ojos.	• Si es muy grave administrar lágrimas artificiales.
• Estreñimiento.	• Registrar el ritmo de deposiciones. Aumentar el consumo de líquidos, ensaladas y frutas en la dieta. En caso grave administrar laxantes.
• Dificultad para orinar.	• El médico puede administrar una medicación.
• Sedación.	• Administrar la dosis mayor a la hora de acostarse.
• Confusión, problemas de concentración, Desorientación.	• Puede reducirse si el médico puede bajar la dosis.
• Dolor de cabeza (sobre todo con Risperdal).	• Puede reducirse si el médico puede bajar la dosis o cambiar a otro antipsicótico.

• Dificultad para tragar.	• El médico puede administrar una medicación.
• Incontinencia urinaria.	• Controlar y registrar la frecuencia urinaria. Comunicarlo al médico.
• Aumento de la necesidad de beber y orinar.	• Administrar agua y registrar la frecuencia urinaria. Comunicarlo al médico.
• Aumento del peso por aumento del apetito.	• Registrar variaciones del peso. Control dietético. Evitar bebidas muy calóricas.
• Disminución de la presión sanguínea: puede marearse al levantarse, incluso puede caerse.	• Precaución sobre todo en personas de edad. No levantarlas bruscamente.
• Fotosensibilidad: pigmentación de la piel, mayor riesgo de quemaduras solares. Se presenta típicamente como “bronceado” limitado a las áreas en contacto con la luz (cara, cuello y manos).	• Aplicar cremas de gran protección si deben tomar el sol.
• Disminución del umbral de convulsión: riesgo de crisis en personas epilépticas.	• El médico debe aumentar la dosis de los antiepilépticos.
• En hombres, disminución del deseo sexual y de la potencia, retraso de la eyaculación y anorgasmia. Aumento del tamaño de los pechos.	• Explicar y hacer comprender al sujeto este efecto secundario. Tranquilizarle. En caso grave el médico puede administrar una medicación.
• En mujeres, disminución del deseo sexual. Aumento del pecho y secreción láctea (galactorrea), irregularidades menstruales, incluso retirada de la regla.	• Explicar y hacer comprender al sujeto este efecto secundario. Tranquilizarle. Registrar las reglas. En caso grave el médico puede administrar una medicación.
• Efectos extrapiramidales.	• Registrar y evaluar con la escala AIMS. El médico puede administrar una medicación.
• Síndrome neuroléptico maligno.	• Acudir a urgencias.

## ¿Qué son los efectos extrapiramidales?

Son efectos secundarios de los antipsicóticos que se caracterizan por movimientos anormales de carácter involuntario. Algunos de ellos

aparecen pocos días después de empezar a tomar la medicación (efectos extrapiramidales agudos) y otros aparecen después de un tiempo de tomarla (efectos extrapiramidales crónicos).

Es muy importante no confundirlos con agitación, estereotipias o conductas extravagantes que erróneamente pueden conducirnos a reclamar un aumento de la medicación.

## **Efectos Agudos**

Estos síntomas son muy parecidos a los que presentan las personas que padecen la enfermedad de Parkinson, de ahí que se les denomine también síntomas Parkinsonianos, y los fármacos que se administran para contrarrestarlos son conocidos como “antiparkinsonianos” (Artane, Akineton).

- **Distonías:** Son contracciones involuntarias o rigidez que afectan a los músculos del cuello, tortícolis, la musculatura de la espalda, dificultad para tragar, protusión de la lengua, giros de los ojos (ponerlos en blanco). Suelen aparecer la primera semana de tratamiento y pueden ser muy molestas y dolorosas, especialmente en personas con discapacidad intelectual grave y dificultad comunicativa que no comprenderán por qué razón sus músculos se contraen de forma incontrolable.
- **Parkinsonismo:** temblor, cara inexpresiva y mirada perdida, babeo y exceso de saliva, lentitud de movimientos, rigidez, andar arrastrando los pies y con los brazos pegados al tronco sin balanceo.
- **Acatisia:** imposibilidad de permanecer quieto y de permanecer sentado, la persona está moviéndose constantemente, sentada mueve los pies sin parar, frotándose las piernas. Estos síntomas pueden ser confundidos erróneamente con ansiedad e inquietud psicótica y provocar un aumento de la medicación para controlarla.

→ Estos efectos secundarios suelen disminuir con el tiempo o si se reduce la dosis del antipsicótico.

→ Debemos observar y registrar su presencia para intentar suprimir, si no aparecen, el Akineton o el Artane, y volver a administrarlos si reaparecen.

Para ello podemos utilizar la Escala de Efectos Extrapiramidales (AIMS) que debe ser administrada por personas entrenadas y conocedoras de la misma.

### **Efectos Crónicos**

Aparecen después de años o meses de recibir tratamiento, especialmente cuando se pretende suprimir o reducir el fármaco en el caso de la discinesia.

- **Discinesia tardía:** protusión, succión y chasqueo de los labios. Protusión de la lengua, movimientos masticatorios, movimientos laterales de la mandíbula, temblor de los párpados, movimientos de rotación lentos y rítmicos de los dedos, giros del tronco y flexión de las caderas.
- **Síndrome de la “Torre de Pisa”:** Suele aparecer a los tres meses de tratamiento y se caracteriza por andar con el tronco inclinado hacia un lado.
- **Síndrome del “Hocico de Conejo”:** Suele aparecer a los tres meses de tratamiento y se caracteriza por movimientos de temblor fino del labio superior.

### **¿Qué es el Síndrome Neuroléptico Maligno?**

Reacción grave y muy poco frecuente que puede aparecer con cualquier tipo de antipsicótico, a cualquier dosis y en cualquier momento. Se caracteriza por:

- ✓ Fiebre (40 - 42 grados).
- ✓ Rigidez de la musculatura.
- ✓ Síntomas extrapiramidales graves.
- ✓ Aumento de la frecuencia del corazón e hipertensión.

- ✓ Alteración de la conciencia: confusión, obnubilación y coma.

Ante esta situación debemos actuar rápidamente ya que el desenlace puede ser fatal si no se identifican y tratan los síntomas.

### **¿Qué sucede si se retira la administración de una forma brusca?**

- ✓ Puede aparecer ansiedad, insomnio, fiebre, malestar, sudoración, dolor de cabeza, mareo, insomnio, temblor, sensación de frío o calor náuseas y/o vómito.
- ✓ Puede aparecer discinesia tardía si la persona ha estado tomando la medicación durante años.
- ✓ Pueden reaparecer los síntomas psicóticos.

### **¿Qué debemos tener en cuenta para administrarlos?**

- ✓ Pueden administrarse con las comidas.
- ✓ Deben evitarse las bebidas alcohólicas.
- ✓ Diluir la medicación con leche o zumo de naranja o mezclarla con la comida, ya que puede tener mal sabor.
- ✓ Si la persona ha tomado un fármaco antiácido (para proteger el estómago) o un antidiarreico, no administrar el antipsicótico hasta pasadas 2 horas ya que podría disminuir su absorción.

### **¿Que sucede si se administran a una persona epiléptica?**

- ✓ La administración de antipsicóticos puede disminuir el umbral convulsivante y aumentar el riesgo de aparición de crisis epilépticas.

## **2. FÁRMACOS ANTIPARKINSONIANOS**

Los antiparkinsonianos se utilizan para contrarrestar ciertos efectos secundarios neurológicos de los antipsicóticos. Estos medicamentos antagonizan los movimientos involuntarios que pueden aparecer al administrar antipsicóticos: crisis oculogiras, protusión de la lengua, acatisia, parkinsonismo y temblor; no obstante pueden agravar las discinesias tardías.

Nombres comerciales más comunes:

- AKINETON
- AKINETON RETARD
- ARTANE
- KREMADEN

**Principales indicaciones**

- Tratamiento de los efectos secundarios de los antipsicóticos: discinesias y distonias, excepto la discinesia tardía.
- Síntomas de la Enfermedad de Parkinson: Temblor, rigidez
- Acatisia (imposibilidad de permanecer quieto)
- Síndrome de la “Torre de Pisa” y del “Hocico de conejo”.

<b>PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS</b>	<b>¿QUÉ PODEMOS HACER PARA CONTROLARLOS?</b>
• Sequedad de boca.	• Administrar bebidas frescas, caramelos refrescantes, chicles sin azúcar. Enjuagar la boca frecuentemente y limpiar los dientes.
• Sequedad de ojos.	• Si es grave administrar lágrimas artificiales.
• Visión borrosa.	• Revisar la graduación y si es necesario recomendar gafas.
• Estreñimiento.	• Realizar registros de control de esfínteres. Aumentar la ingesta de líquidos y fruta. Si es grave podemos dar laxantes.
• Sequedad de piel.	• Administrar cremas hidratantes.
• Dificultad para orinar, retención urinaria.	• Realizar registros de control de esfínteres.
• Altas dosis pueden producir excitación y euforia, desorientación, confusión, deterioro de la memoria, insomnio, alucinaciones visuales (intentar coger objetos inexistentes en el aire) y táctiles (intentar coger objetos sobre la piel - pequeños pellizcos), cefalea.	• El médico debe suspender su administración y los síntomas suelen desaparecer en 24 - 48 horas.
• Disminución de la tensión arterial estando de pie y aumento de la frecuencia del corazón.	• Evitar levantarse de forma brusca. Existe riesgo de caída y fractura.
• Náuseas y vómitos y malestar gástrico.	• Administrar el medicamento después de las comidas.

## ¿Que debemos saber?

- ✓ Este tipo de fármacos *sólo* deben administrarse para mejorar los efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos cuando estos aparecen. Su abuso o administración a dosis muy altas puede precipitar síntomas de intoxicación como los descritos.
- ✓ Como hemos visto, poseen efectos secundarios propios que pueden sumarse a los de los antipsicóticos.
- ✓ Debemos tener precaución y evitar que la persona maneje maquinaria peligrosa, especialmente los primeros días del tratamiento.
- ✓ Si se suspende el tratamiento de forma súbita puede aparecer inquietud.
- ✓ Pueden administrarse junto con los alimentos y se aconseja darlos después de las comidas para evitar el malestar gástrico.

### 3. FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS

Algunas personas padecen trastornos del estado de ánimo como resultado de alteraciones químicas en el cerebro en los denominados neurotransmisores. Podemos decir que, de una forma global, todos los medicamentos antidepresivos actúan mejorando la transmisión química en el Sistema Nervioso Central, aunque dependiendo del tipo de antidepresivo lo harán en uno u otro nivel. Disponemos de diversos tipos de antidepresivos que reciben el nombre por su estructura química o por la acción que realizan. Así, tenemos antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y otros.

#### Principales nombres comerciales

Tricíclicos	Anafranil, Tryptizol, Ludiomil
Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)	Adofen, Prozac, Reneuron Seroxat, Frosinor, Motivan Besitran, Aremis Dumirox
Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y Noradrenalina	Dobupal Vandral

Noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos	Rexer
Inhibidores de la recaptación de noradrenalina	Norebox
Otros	Dutonin, Menfazona, Rulivan Deprax

### **Principales indicaciones en personas con discapacidad intelectual**

- Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo (depresión, fase depresiva del trastorno bipolar).
- Trastorno obsesivo compulsivo y conductas ritualísticas.
- Trastorno de la conducta alimentaria. Bulimia.
- Trastorno del control de los impulsos. Agresividad y autoagresividad.
- Hiperactividad y Déficit de Atención.
- Enuresis nocturna.

Los efectos secundarios de los antidepresivos serán diferentes según su forma de actuar:

<b>INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA</b>	<b>¿QUÉ PODEMOS HACER PARA MEJORARLOS?</b>
• Dolor de cabeza*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si la persona se queja de dolor de cabeza, o si aparece expresión facial de dolor, o si empeora su conducta.</li> <li>• Informar al médico, puede cambiar a otro antidepresivo.</li> </ul>
• Convulsiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debemos informar al médico de que el sujeto tiene o ha tenido epilepsia, o está tomando fármacos antiepilépticos. Estos medicamentos pueden favorecer la aparición de crisis.</li> <li>• Registrar la frecuencia y tipo de crisis epilépticas.</li> </ul>
• Aumento de la excitación, agitación, inquietud, insomnio y pesadillas (especialmente Fluoxetina, Adofen, Prozac, Reneuron).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar el sueño y la actividad diurna. Comunicar al médico para disminuir la dosis o cambiar a otro antidepresivo. Es aconsejable administrar el medicamento</li> </ul>

	por la mañana.
• Sedación (especialmente Deprax)*	• Es aconsejable administrar el medicamento por la noche.
• Mareos (especialmente Dumirox) • Precipitación de euforia, ansiedad y reacciones de pánico.	• Administrar la dosis principal por la noche. • Registrar cambios conductuales bruscos. Comunicar al médico para que pueda cambiar a otro antidepresivo.
• Temblor fino de las manos, movimientos anormales (discinesias, distonías).	• Especialmente cuando se administran conjuntamente con antipsicóticos. • Registrar los efectos extrapiramidales con la escala de Movimientos Anormales Involuntarios (AIMS).
• Anorexia, náuseas, vómitos y diarrea*	• Suelen ser transitorios. • Registrar y comunicar al médico si persiste más de tres días desde el inicio del tratamiento.
• Disminución del deseo sexual e impotencia.	• Explicar y hacer comprender al sujeto este efecto secundario. Tranquilizarle. En caso grave el médico puede administrar una medicación.
• Reacciones alérgicas: urticaria, picor, edema.	• Comunicar al médico.
• Aumento de la turgencia del pene (priapismo) con Deprax.	• Comunicar al médico, puede administrar una medicación para contrarrestar el efecto o cambiar a otro antidepresivo.
• Disminución de la presión arterial (especialmente Deprax)	• Tener precaución al levantar al sujeto de forma brusca. Existe riesgo de caídas. • Registrar la tensión arterial (TA).

\* efectos más frecuentes

<b>ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS</b>	<b>¿QUE PODEMOS HACER?</b>
• Sequedad de mucosas (boca, ojos)*	• Humedecer los labios frecuentemente. Administrar caramelos o chicle sin azúcar, lubricantes bucales, lágrimas artificiales. • Tener en cuenta que puede predisponer a infecciones bucales por candidas, es aconsejable extremar la higiene bucal.

• Visión borrosa e incremento de la presión del ojo.	• Informar al médico si la persona sufre de glaucoma. El tratamiento está contraindicado.
• Sudoración excesiva.	• Ducha diaria. Aplicar talco.
• Estreñimiento*	• Registrar el ritmo de deposiciones. Aumentar el consumo de líquidos, ensaladas y frutas en la dieta, en caso grave administrar laxantes.
• Dificultad para orinar.	• El médico puede administrar una medicación.
• Confusión, desorientación, alucinaciones	• A dosis altas. Especialmente en gente mayor y muy afectada, y si se combina con otros medicamentos como los antihistamínicos, Akineton o Meleril.
• Aumento de peso*	• Registrar peso y comunicar.
• Sedación* y somnolencia.	• Es aconsejable administrar la dosis mayor del medicamento por la noche.
• Precipitación de euforia, ansiedad y reacciones de pánico.	• Registrar cambios bruscos de conducta. Debemos comunicarlo al médico para que cambie el tratamiento.
• Convulsiones.	• Especialmente en personas epilépticas. • Suele aparecer tras aumentar súbitamente las dosis o al retirarlo de forma brusca. • Registrar las crisis y comunicarlo al médico.
• Temblor fino de las manos, movimientos anormales (discinesias, distonías).	• Especialmente cuando se administran conjuntamente con antipsicóticos. Registrar los efectos extrapiramidales con la escala de Movimientos Anormales Involuntarios (AIMS).
• Anorexia, náuseas, vómitos y diarrea.	• Especialmente los primeros días de tratamiento. Registrar y si persiste más de tres días comunicar al médico.
• Disminución del deseo sexual e impotencia.	• Explicar y hacer comprender al sujeto este efecto secundario. Tranquilizarle. En caso grave el médico puede administrar una medicación.
• Reacciones alérgicas: urticaria, picor,	• Evitar exposición duradera a la luz.

fotosensibilidad (respuesta exagerada o anormal a la exposición a la luz). Se presenta típicamente como “bronceado” limitado a las áreas en contacto con la luz (cara, cuello y manos).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteger con cremas solares.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la frecuencia de los latidos del corazón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar periódicamente la tensión arterial y la frecuencia de latidos del corazón. Comunicar al médico la variación.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la tensión arterial al ponerse de pie*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de caídas y fracturas al levantar a la persona de forma brusca.</li> </ul>

\* *Más frecuentes*

### ¿Qué debemos saber?

- ✓ El efecto antidepresivo no se observa hasta las 2 - 4 semanas de iniciado el tratamiento. ¡¡Debemos tener paciencia!!
- ✓ Los efectos secundarios pueden aparecer de forma inmediata.
- ✓ Si se suspende bruscamente el tratamiento, o nos olvidamos de alguna toma (especialmente con Seroxat), a las 24 - 48 horas puede aparecer nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, insomnio, fiebre, sudoración, dolor de cabeza y mareo.
- ✓ El efecto sedativo puede agravar las habilidades manipulativas para realizar determinadas tareas, por tanto, debemos evitar que maneje maquinaria peligrosa.
- ✓ Si la persona está tomando de forma simultánea una antidepresivo de este grupo y otro fármaco que aumente la serotonina, puede aparecer un “Síndrome serotoninérgico” caracterizado por: náuseas, diarrea, palpitaciones, agitación y confusión.
- ✓ Pueden tomarse fuera de las horas de las comidas a excepción de la sertralina (Besitrán) que se aconseja administrarla conjuntamente con los alimentos.
- ✓ Mientras que la persona esté tomando la medicación debemos evitar que esté en ambientes extremadamente fríos, húmedos ya que pueden alterar la capacidad del organismo para regular la temperatura.

- ✓ El alcohol favorece los efectos sedativos tanto de los medicamentos como del alcohol. Puede aparecer “borrachera”.
- ✓ Una vez la persona se recupera de su depresión, se aconseja seguir con el tratamiento durante un mínimo de seis meses para evitar recaídas.

#### 4. FARMACOS ANSIOLÍTICOS

Se denominan así el grupo de medicamentos cuya acción principal consiste en reducir la ansiedad, especialmente del grupo de las “benzodicepinas”.

##### Principales indicaciones

- Tratamiento de la ansiedad, tensión y agitación
- Tratamiento de las convulsiones
- Insomnio
- Espasmos musculares

##### Principales nombres comerciales

Duración del efecto	Fármaco (nombre comercial)	Efecto sobre la ansiedad	Efecto sobre el sueño	Efecto sobre las convulsiones
Corto (< 5 horas)	Midazolam (Dormicum)	+	+++	
	Triazolam (Halción)	+	+++	
	Zaleplon (Sonata)	+	+++	
	Zolpidem (Stilnox)	+	+++	
Intermedio (5-24 horas)	Alprazolam (Trankimazin)	+	+	+
	Bromazepam	++		
	Estazolam	+	+++	+
	Flunitrazepam (Rohipnol)	+	+++	+
	Halazepam (Alapryl)	++		

	Loprazolam (Somnovit)	+	+++	
	Lorazepam (Orfidal, Idalprem)	+++	+	++
	Lormetazepam (Noctamid, Loramet)	+	+++	+
	Temazepam	+	+++	+
	Zopiclona (Limovan)			
Largo >24 horas)	Clordiacepóxido (Huberplex)	++		
	Clonazepam (Rivotril)	+	+	+++
	Clorazepato (Tranxilium, Dorken)	++		
	Diazepam (Valium, Stesolid, Aneurol)	+++	++	+
	Flurazepam (Dormodor)	+	+++	
	Ketazolam (Marcen, Sedotime)	++		
	Nitrazepam (Serenade)	+	+++	+
	Prazepam	++		
	Quazepam (Quiedorm)	+	+++	+

<b>PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS</b>	<b>¿QUE PODEMOS HACER PARA MEJORARLOS?</b>
• Sedación y somnolencia*	• Administrarlos por la noche. Registrar el sueño.
• Dificultad para controlar los movimientos	• Comunicar al médico si se observa torpeza al andar o comete fallos al intentar asir un objeto. Puede disminuir al bajar la dosis o al cambiar a otro ansiolítico.
• Fatiga.	• Observar si la persona anda de forma más lenta, se queja de cansancio, o aumenta su irritabilidad cuando pretendemos que este activo.
• Confusión, dificultad para recordar (amnesia)	• Olvida hechos recientes, le cuesta entender instrucciones más de lo habitual. Comunicar al médico. Puede disminuir al bajar la dosis o al cambiar a otro ansiolítico.
• Dolor de cabeza.	• Observar si la persona se queja de dolor de cabeza, o si aparece expresión facial de dolor, o si empeora su conducta. • Informar al médico, puede cambiar a otro tranquilizante.

• Alucinaciones.	• Refiere experiencias extrañas o su conducta denota alteraciones perceptivas. Comunicarlo al médico. Debe suspenderse el tratamiento.
• Estreñimiento.	• Registrar el ritmo de deposiciones. Aumentar el consumo de líquidos, ensaladas y frutas en la dieta, en caso grave administrar laxantes.
• Náuseas, Diarrea.	• Registrar ritmo de las deposiciones. Dieta astringente.
• Sequedad de mucosas (boca).	• Humedecer los labios frecuentemente. Administrar caramelos o chicle sin azúcar, lubricantes bucales, lágrimas artificiales. • Tener en cuenta que puede predisponer a infecciones bucales por candidas, es aconsejable extremar la higiene bucal.
• Reacciones paradójicas (ansiedad, temblor, insomnio, hiperactividad, agitación, desinhibición, conductas agresivas)*	• Especialmente en personas con discapacidad intelectual grave y profunda y conductas agresivas, autoagresivas y estereotipias. • Sobre todo cuando se dan por la noche.

\* efectos más frecuentes

## ¿Qué debemos saber?

- ✓ La retirada brusca puede ocasionar síntomas de abstinencia como insomnio, agitación, ansiedad, euforia y malestar gástrico.
- ✓ Si nos olvidamos de una toma pueden aparecer los síntomas de abstinencia.
- ✓ Es aconsejable no utilizarlos en sujetos con dificultades respiratorias (especialmente si son nocturnas) por graves malformaciones esqueléticas o insuficiencia ventilatoria.
- ✓ Si se mezcla con bebidas alcohólicas puede aparecer confusión mental, similar a una intoxicación por alcohol (borrachera).
- ✓ La retirada brusca de grandes dosis puede provocar crisis epilépticas (excepto el frankimazin).

- ✓ Es probable que durante su administración la persona tenga dificultad para realizar tareas que requieran de un adecuado estado de alerta. Forzar al sujeto bajo estas condiciones puede precipitar un episodio de irritabilidad y/o agresividad.
- ✓ Durante su administración existe riesgo de accidente si la persona debe manejar maquinaria peligrosa.
- ✓ Los alimentos disminuyen su absorción por lo que se aconseja no administrarlos durante o inmediatamente después de las comidas.
- ✓ Un consumo excesivo de bebidas con cafeína (café, té, coca cola, chocolate) puede disminuir la eficacia de los ansiolíticos.
- ✓ Debemos comunicar al médico si apreciamos una disminución de la eficacia tras periodos largos de tratamiento. Ello es debido a que si se utilizan de forma prolongada disminuye progresivamente su eficacia (tolerancia), con lo que puede ser necesario aumentar las dosis. Por esta razón no se aconseja periodos superiores a los 3 meses en el caso del tratamiento de la ansiedad y a los 14 días en el caso del tratamiento de las dificultades para dormir.
- ✓ No subir y bajar las dosis a criterio propio. Advertir a la familia que los efectos de abstinencia pueden ser muy importantes y generar una agitación y ansiedad de rebote (¡¡estar alerta los fines de semana!!).

## 5. FÁRMACOS ANTIEPILÉPTICOS

A menudo, las personas con discapacidad intelectual presentan una mayor incidencia de lesiones y daño cerebral, lo que puede provocar la aparición de epilepsia. Los fármacos antiepilépticos o anticomiciales se utilizan también en personas con discapacidad intelectual y epilepsia, si bien es preciso tener en cuenta que, en este grupo, la presentación, frecuencia y gravedad del trastorno epiléptico suele ser más grave. Este hecho suele provocar la necesidad de utilizar más de un tipo de medicación para controlarlo, con el consiguiente aumento de los efectos secundarios.

Se denominan antiepilépticos el grupo de fármacos que se utilizan para el tratamiento de las convulsiones que son el resultado de descargas eléctricas anormales de grupos de neuronas cerebrales.

Principales nombres comerciales:

- LUMINAL
- MYSOLINE
- TEGRETOL
- DEPAKINE
- GABITRIL
- NEURONTIN
- LAMICTAL
- TOPAMAX
- SABRILEX

**Principales indicaciones**

- Tratamiento de las crisis convulsivas en la epilepsia
- Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo
- Tratamiento de algunas formas de trastornos de la conducta

**Principales efectos secundarios**

Epilantin Gardenal Luminal Mysoline Neosidantoina	Disminución del apetito estreñimiento, náuseas y vómitos. Vértigo, cefaleas, sedación excesiva, alucinaciones, ansiedad, dificultad de concentración. Reacción paradójica: irritabilidad, insomnio, pesadillas, excitación, confusión y delirios. Disminución del deseo de mantener relaciones sexuales e impotencia. Pueden aparecer alteraciones de la conducta: hiperactividad, irritabilidad y agresividad Puede aparecer aumento del tamaño de las encías. Deterioro de las funciones intelectuales.
Rivotril	Náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento y sequedad de boca. Somnolencia y sedación.
Tegretol Neurontin Lamotrigina Sabrilex Gabitril	Náuseas, vómitos. Aumento de peso. Pérdida de peso (Topamax) Retención urinaria (Tegretol) Sedación, mareos, vértigos y dolor de cabeza. Visión borrosa y doble.

	Dolor abdominal Anemia (Tegretol) Agitación y aumento de la agresividad (Sabrilex)
--	--

### ¿Qué debemos saber?

- ✓ Es necesario realizar determinadas pruebas y análisis antes de empezar el tratamiento con algunos antiepilépticos (Tegretol, Depakine, Mysoline).
- ✓ Los efectos secundarios pueden reducirse iniciando el tratamiento con dosis pequeñas y subirlas lentamente, o dividiendo las dosis durante el día.
- ✓ Es necesario determinar periódicamente los niveles plasmáticos de algunos antiepilépticos (Depakine, Neosidantoina, Tegretol, Luminal) para verificar si la dosis es adecuada, insuficiente o está por encima de los niveles aceptables.
- ✓ Debemos estar alertas a los signos de intoxicación: mareo, somnolencia, alteración de la visión, sobre todo ver doble. Ante estos síntomas debemos consultar al médico con urgencia.
- ✓ Si aparece sarpullido sobre la piel debemos comunicárselo al médico inmediatamente. Puede ser el principio de un efecto secundario sobre la sangre.
- ✓ Si aparece disminución de la frecuencia urinaria registrar y comunicar al médico.
- ✓ Si aparece estreñimiento podemos aumentar el consumo de líquidos o administrar laxantes en casos graves.
- ✓ Evitar la suspensión brusca.
- ✓ Evitar el manejo de maquinaria peligrosa.
- ✓ Evitar la combinación con el alcohol.
- ✓ Este tipo de medicamentos deben guardarse en lugares muy secos. La humedad provoca una pérdida de eficacia.

## 6. FÁRMACOS ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

Al igual que en la población general, los fármacos estabilizadores del estado de ánimo (eutimizantes) son el tratamiento de elección en los trastornos afectivos que se presentan de forma cíclica en las personas con discapacidad intelectual, y en algunas formas de trastornos conductuales.

Estas personas sufren episodios depresivos, que requieren un adecuado tratamiento antidepresivo, que suelen alternarse con episodios de euforia y sobre-excitación más o menos frecuentes, durante los cuales necesitan de tratamiento sedativo. Para prevenir estos cambios bruscos de humor, que pueden llegar a ser muy difíciles de manejar conductualmente, se administra alguno de los medicamentos de esta clase. A excepción de las Sales de Litio (Plenur), la mayoría de ellos forman parte del grupo de los medicamentos utilizados habitualmente en el tratamiento de las crisis epilépticas.

Principales nombres comerciales:

- PLENUR
- TEGRETOL
- DEPAKINE
- TOPAMAX
- NEURONTIN

### **Principales indicaciones**

- Prevención de las fluctuaciones del humor en los Trastornos Cíclicos del Estado de Ánimo.
- Potenciación del tratamiento antidepresivo durante las fases depresivas.
- Alteraciones cíclicas de la conducta que se acompañan de alteraciones del estado de ánimo.

Los principales efectos secundarios de los fármacos antiepilépticos se describen en el apartado correspondiente.

<b>PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS DEL LITIO</b>	<b>¿QUE PODEMOS HACER PARA MEJORARLOS?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nauseas y malestar y dolor gástrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialmente dentro de la primera y segunda hora después de la toma oral. Administrar con los alimentos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temblor de los dedos de las manos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si el temblor se parece al ocasionado por el consumo de café, es más rápido que el que aparece como consecuencia de los antipsicóticos. Comunicar al médico, suele disminuir al reducir la dosis o al administrar una medicación para contrarrestarlo (Sumial)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para coordinar los movimientos y para hablar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparece a altas dosis, y especialmente cuando se combina con antipsicóticos en personas con graves afectaciones neurológicas. Comunicar al médico.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del apetito y del peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar alimentos hipercalóricos. No hacer dieta sin consultar con el médico.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de sed. Aumento del consumo de agua y de la cantidad de orina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar el aporte de líquidos, sobre todo agua. Registrar ritmo miccional.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la función de la glándula tiroides.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si notamos un aumento de la sequedad de la piel, mayor cansancio, comunicar al médico. Deben hacerse controles analíticos de las hormonas tiroideas de forma periódica.</li> </ul>

### ¿Qué debemos saber?

- ✓ Las personas que reciben tratamiento con Plenur deben someterse periódicamente a análisis (litemias) para determinar los niveles en sangre del medicamento. Niveles bajos pueden resultar ineficaces, y niveles elevados pueden resultar tóxicos.
- ✓ Los efectos del tratamiento no suelen verse antes de las tres semanas de su inicio. ¡Hay que tener paciencia!
- ✓ Estar alerta a los síntomas de intoxicación, especialmente si el

sujeto está deshidratado debido a diarrea o vómitos, o es incapaz por su nivel de discapacidad intelectual de proporcionarse por sí mismo la cantidad de agua que necesita cuando se está tratando con Plenur.

- ✓ Educar a los cuidadores y a las familias sobre qué síntomas pueden sugerirnos intoxicación. Es aconsejable entregarles una ficha recordatoria.
- ✓ Los síntomas más característicos que sugieren intoxicación (niveles en sangre > 1.5 ml/l) son: pérdida de apetito, vómitos, diarrea, temblor y rigidez muscular, habla mascullante, marcha vacilante, insomnio y convulsiones. En tal caso consultaremos urgentemente con el médico.
- ✓ Administrar cantidades suficientes de líquido mientras se está tratando con Plenur.
- ✓ Durante su administración se desaconseja que la persona maneje maquinaria peligrosa.
- ✓ En personas con discapacidad intelectual y necesidades de apoyo extenso y generalizado puede resultar problemática la administración de Plenur. Si la persona no contiene los esfínteres, el aumento de la producción de orina puede agravar su inquietud y malestar.

## **7. FÁRMACOS PSICOESTIMULANTES (METILFENIDATO - RUBIFEN)**

Principales nombres comerciales:

- RUBIFEN

### **Principales indicaciones**

- Hiperactividad y Déficit de Atención.
- Enfermedad de Parkinson.
- Narcolepsia (ataques de sueño diurno).
- Tratamiento de la depresión que no responde a los antidepresivos.

PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS	¿QUE PODEMOS HACER PARA MEJORARLOS?
• Disminución del apetito.	• Registrar cambios de peso e informar al médico.
• Insomnio.	• Registrar el sueño. • No administrar pasadas las 3 de la tarde.
• Nerviosismo, agitación, activación.	• El médico debe suspender su administración y los síntomas suelen desaparecer en 24 - 48 horas.
• Dolor de cabeza.	• Observar si la persona se queja de dolor de cabeza, o si aparece expresión facial de dolor, o si empeora su conducta.
• Sequedad de boca.	• Administrar bebidas frescas, caramelos refrescantes, chicles sin azúcar. Enjuagar la boca frecuentemente y limpiar los dientes.
• Aumento de la tensión arterial.	• Controlar la tensión arterial periódicamente.

### ¿Qué debemos saber?

- ✓ Se debe tener especial precaución en personas que sufran de ansiedad, tensión, agitación o inquietud.
- ✓ Pueden aparecer crisis convulsivantes en personas que padezcan epilepsia.
- ✓ Si se administran durante mucho tiempo pueden perder eficacia, con lo que será necesario aumentar progresivamente las dosis.
- ✓ Crean dependencia, aunque en niños es muy rara.
- ✓ Si se retiran de forma brusca aparecerá agitación y cambios de humor.
- ✓ No manejar maquinaria peligrosa.
- ✓ Pueden administrarse con las comidas.
- ✓ Debemos estar alertas a los síntomas que sugieren intoxicación: vómito, agitación, temblor, convulsiones, alucinaciones, confusión mental.

## 8. FÁRMACOS ANTAGONISTAS OPIÁCEOS (NALTREXONA - CELUPAN)

Una teoría que está adquiriendo relevancia en los últimos tiempos es la que relaciona a la conducta auto-agresiva con un incremento de la función de unas sustancias en el cerebro, las endorfinas. Dos han sido las hipótesis formuladas al respecto: la hipótesis analgésica y la hipótesis adictiva. De acuerdo con la teoría adictiva, la conducta auto-agresiva favorecería la producción y liberación cerebral de endorfinas las cuales, por sus efectos euforizantes, estimularían los centros de recompensa reforzando positivamente la conducta. La hipótesis analgésica sugiere que los niveles elevados de endorfinas podrían suprimir la sensación dolorosa y, por tanto, permitir la aparición de conductas auto-agresivas que en otras circunstancias serían reprimidas por la aparición de dolor. Las propiedades adictivas son plausibles si se asume que el dolor físico produce la liberación de endorfinas, analgésicos fisiológicos de nuestro organismo.

Si la *hipótesis opioide* es correcta, el tratamiento con antagonistas (Naltrexona - CELUPAN) es lógico. Servirá para controlar ambas situaciones: reducirá el umbral de dolor y restaurará la sensibilidad al dolor, y evitará o prevendrá la conducta auto-estimuladora.

### **Principales indicaciones**

- Conductas adictivas.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Prurito.
- Conductas autoagresivas graves.
- Hiperactividad y Déficit de Atención.
- Enfermedad de Parkinson.
- Narcolepsia (ataques de sueño diurno).
- Tratamiento de la depresión que no responde a los antidepresivos.

<b>PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS</b>	<b>¿QUE PODEMOS HACER PARA MEJORARLOS?</b>
• Disminución del apetito.	• Registrar cambios de peso e informar al médico.
• Insomnio de conciliación.	• Registrar el sueño. • No administrar pasadas las 3 de la tarde.
• Falta de energía.	• Observar si la persona está más enlentecida.
• Dolor de cabeza.	• Observar si la persona se queja de dolor de cabeza, o si aparece expresión facial de dolor, o si empeora su conducta.
• Diarrea, estreñimiento.	• Registrar ritmo y aspecto deposiciones.

### ¿Qué debemos saber?

- ✓ Este tipo de fármacos puede afectar al hígado. Es conveniente realizar análisis periódicos para controlar su función.

### **RECOMENDACIONES PARA EL EMPLEO DE PSICOFÁRMACOS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Concluiremos esta revisión proponiendo un conjunto de normas a considerar cuando utilicemos psicofármacos en las personas con discapacidad intelectual.

- La medicación debe utilizarse para aligerar el malestar de la persona, mejorar su funcionamiento global e incrementar su integración social y familiar, en definitiva para mejorar su calidad de vida.
- Los psicofármacos serán necesarios y de primera elección en los siguientes casos:
  - En el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas.
  - En el tratamiento de las alteraciones conductuales cuando el problema persiste a pesar de la intervención no-farmacológica.
  - En caso de urgencia, cuando la gravedad y el riesgo del trastorno exigen una rápida supresión.
  - Si las alteraciones conductuales son la expresión de una enfermedad mental reconocible.

- El tratamiento farmacológico no ha de ser considerado como la primera y única terapia en todos los casos de trastornos conductuales en personas con discapacidad intelectual. Los fármacos no son la solución absoluta al problema, pero en combinación con otras técnicas pueden ser la solución más apropiada. La farmacoterapia es, a menudo, la forma más positiva y menos intrusiva de intervención.
- Antes de iniciar el tratamiento farmacológico es importante discutir con los padres o tutores legales y, si es posible, con la persona afectada, sobre el riesgo y el beneficio de su utilización. Obtener el **consentimiento informado** para su utilización debe ser una norma en toda intervención terapéutica.
- Los fármacos deben ser utilizados como parte de un plan de atención multidisciplinar diseñado de forma personalizada. La integración entre el tratamiento farmacológico y conductual requiere una buena comunicación interdisciplinaria.
- No deben utilizarse en cantidades que interfieran con las capacidades adaptativas y la programación conductual ni ser un sustituto de ésta.
- La utilización de psicofármacos debe basarse en el diagnóstico psiquiátrico o en una hipótesis farmacológico-conductual específica derivada del análisis funcional. El análisis funcional de la conducta problema debe incluir aspectos socio-ambientales, médicos y psiquiátricos, y nos debe conducir a una o más hipótesis de trabajo.
- Los tratamientos deben ir dirigidos hacia las hipótesis de trabajo. Escoger aquellos tratamientos farmacológicos y/o conductuales que se han mostrado más eficaces según experiencias anteriores.
- La elección de síntomas o conductas a tratar ha de tener en cuenta las expectativas y solicitudes del entorno y de aquellos que tienen la responsabilidad de atender a la persona afectada, pero nunca han de ser empleados como castigo.
- La eficacia del tratamiento farmacológico debe evaluarse median-

te la definición objetiva, cuantificación y seguimiento de índices conductuales y de calidad de vida, utilizando instrumentos de medida reconocidos. Revisar cada 30 - 90 días la necesidad de continuar administrando el tratamiento e intentar su retirada cada seis meses o establecer la mínima dosis eficaz. Si el tratamiento se prolonga más de un año, establecer “vacaciones farmacológicas” bajo supervisión especializada.

- El tratamiento debe ser lo más sencillo posible para favorecer su cumplimiento y minimizar los efectos secundarios.
- Las personas con discapacidad intelectual son más vulnerables a los efectos secundarios de los fármacos. Debemos monitorizar los efectos adversos de los psicofármacos, como mínimo una vez cada 3 a 6 meses, y al mes de haber introducido un nuevo fármaco, sobre todo aquellos que pueden ocasionar gran malestar y que difícilmente serán expresados por personas con graves dificultades comunicativas, toda vez que pueden ser causa de exacerbación del problema preexistente o interpretarse erróneamente como una conducta maladaptativa.
- Deben evitarse los cambios frecuentes de fármacos y de dosis de forma injustificada.
- En líneas generales, iniciar el tratamiento a dosis bajas y aumentarlas lentamente en función de la respuesta. Retirarlo de forma gradual.
- Evitar la polifarmacia. Si se administran diversos psicofármacos a la vez, valorar la posibilidad de suprimir alguno. Priorizar el uso de un solo fármaco.
- Prácticas que deberían reducirse:
  - Órdenes médicas a largo plazo (más de algunas semanas).
  - Utilización crónica de benzodiazepinas y ansiolíticos (más de 3 meses).

- Utilización crónica de sedantes-hipnóticos de vida media corta (más de 14 días).
  - Utilización de antiparkinsonianos en ausencia de signos extrapiramidales.
  - Utilización crónica de antiparkinsonianos (más de 3 a 6 meses).
  - Utilización de antipsicóticos a dosis altas (equivalentes a 500 mg. de clorpromazina o 10-20 mg de haloperidol).
  - Utilización de fenitoina, fenobarbital o primidona como psicotropo.
- Establecer mecanismos de revisión externa de la prescripción de psicofármacos. El objetivo del equipo de revisión externa no es eliminar el fármaco, sino mejorar su uso. No todas las situaciones deben ser revisadas. Establecer un sistema para identificar hábitos potencialmente perjudiciales (polifarmacia, tratamientos crónicos, dosis elevadas, etc.).

**Tabla 27. Indicaciones del tratamiento farmacológico**

<b>Situación Clínica</b>	<b>Los fármacos se recomiendan como parte del tratamiento inicial en</b>	<b>Considerar incluir fármacos como parte del tratamiento inicial en</b>
Trastornos DSM-IV	Esquizofrenia. Trastorno bipolar, fase maníaca. Trastorno bipolar, fase depresiva. Trastorno depresivo mayor. Trastorno psicótico NOS. Trastorno obsesivo-compulsivo.	Trastorno afectivo. Crisis de pánico. Sínd. Déficit de atención e hiperactividad. Estereotipias con autoagresividad.
Para síntomas diana en ausencia de diagnóstico específico DSM-IV	Conducta o ideación suicida	Conducta autoagresiva. Conducta agresiva Hiperactividad
	Antecedentes de deterioro de la conducta cuando se suprime la medicación. Conducta autoagresiva grave. Conducta agresiva grave con riesgo	Antecedentes familiares de buena respuesta al tratamiento

Factores que sugieren la necesidad de farmacoterapia como parte del Plan inicial	para los demás. Síntomas muy graves. Respuesta previa satisfactoria. Falta de respuesta a las intervenciones psicosociales. Síntomas que interfieran de forma significativa con la capacidad de participación en actividades educacionales / rehabilitadoras.	farmacológico. En caso de que los síntomas persistan después de varias semanas. Síntomas muy disruptivos de la familia o staff.
--	---	---

**BUENAS PRÁCTICAS EN LA UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

<b>CORRECTO</b>	<b>INCORRECTO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Considerar como un psicofármaco todo medicamento que el médico prescriba para mejorar o estabilizar el estado de ánimo, el estado mental y/o la conducta.</li> <li>2. Los psicofármacos deben ser prescritos en el contexto de un plan de atención multidisciplinar y existiendo una buena coordinación entre los técnicos, cuidadores y médicos.</li> <li>3. Los psicofármacos deben ser prescritos sólo después de haber realizado un correcto análisis funcional/multimodal de la conducta, que nos conduzca a una/s hipótesis conductuales o a un diagnóstico de trastorno mental en los que su utilización esté claramente indicada.</li> <li>4. Es preciso informar a la persona afectada, a su familia o tutores en caso de incapacidad, de los beneficios y riesgos derivados de la utilización del medicamento. Debemos obtener el consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento.</li> <li>5. El equipo debe evaluar periódicamente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar los psicofármacos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- A conveniencia del personal y/o de la familia;</li> <li>- Como un castigo</li> <li>- Como resultado de la falta de recursos y dificultades de la institución.</li> <li>- Como sustituto o en ausencia de un programa educativo/conductual.</li> <li>- En cantidades que interfieran con la calidad de vida del sujeto.</li> </ul> </li> <li>2. Prescribir según la información subjetiva proporcionada por vía telefónica</li> <li>3. No informar sobre los posibles efectos secundarios de la medicación.</li> <li>4. No revisar de forma periódica la necesidad de seguir tomando la medicación.</li> </ol>

<p>la respuesta al tratamiento, mediante la utilización de escalas de eficacia, índices conductuales o medición de la calidad de vida de la persona.</p> <p>6. Debemos ser capaces de identificar los posibles efectos secundarios y marcar como objetivo en el Plan Individual la evaluación periódica de su presencia mediante instrumentos adecuados.</p> <p>7. Si la persona está tomando antipsicóticos debemos evaluar periódicamente la presencia de discinesia tardía mediante escalas adecuadas.</p> <p>8. Instaurar procedimientos de identificación de posibles “malas prácticas” en el uso de psicofármacos, priorizando los casos según:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Polimedicación (especialmente antipsicóticos).</li> <li>- Tratamientos prolongados (&gt; 1 año)</li> <li>- Persistencia del problema a pesar del tratamiento farmacológico</li> <li>- Presencia de efectos secundarios</li> </ul>	
--	--

## **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Podemos definirlo como la aprobación por parte del sujeto, de sus familiares o de sus tutores legales si está declarado incapaz, de cualquier tratamiento que se decida poner en marcha, sea éste farmacológico o conductual, especialmente en lo referente a estrategias de tipo restrictivo (contención mecánica).

Aunque debemos buscar tal aprobación, en cualquier caso siempre debe considerarse como una decisión voluntaria tras informar de forma precisa sobre:

- La descripción del trastorno/problema que se pretende tratar.

- Signos y síntomas que son el objetivo concreto del tratamiento.
- La descripción del tratamiento/s propuesto.
- Las personas involucradas en proporcionar el tratamiento.
- Las alternativas al tratamiento propuesto.
- Los riesgos potenciales y efectos secundarios.
- El derecho a rechazar el tratamiento sin consecuencias negativas.
- El derecho a suspenderlo o cambiarlo en cualquier momento.

#### **Ejemplos de buenas prácticas**

- El médico nos solicita el consentimiento informado antes de cualquier nuevo tratamiento.
- El médico utiliza un lenguaje claro y sencillo, y se sirve de materiales de apoyo (folletos, descripciones gráficas) que facilitan nuestra comprensión.
- El médico nos solicita el consentimiento informado para la administración de un tratamiento de emergencia (farmacológico y/o contención mecánica y/o aislamiento)
- En caso de necesidad de administrar un tratamiento de forma urgente, el médico nos informa con posterioridad, lo más rápido posible, de las razones y duración del tratamiento utilizado.
- Si la persona debe ser tratada durante periodos muy prolongados de tiempo (tratamientos crónicos) el médico nos convoca periódicamente (como mínimo una vez al año) para revisar el consentimiento informado.
- El médico respeta nuestras decisiones y nos ofrece diversas alternativas.

## **CUÁNDO Y CÓMO PROCEDEREMOS A LA RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTOS**

Entendemos por **restricción** la utilización de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de una persona, a fin de controlar sus actividades físicas y protegerlo de las lesiones que pudiera infringirse a sí mismo o a otros.

Se entiende por **aislamiento** el confinamiento de una persona, a solas en una habitación, impidiéndole salir de ella durante un período limitado de tiempo.

Estas estrategias sólo deben perseguir fines terapéuticos y/o preventivos y bajo ninguna circunstancia deben responder a necesidades o limitaciones de las instituciones.

Cuándo procederemos a restringir los movimientos de la persona:

- Para prevenir lesiones al propio sujeto (autolesiones, caídas accidentales, etc.).
- Para prevenir lesiones a otras personas.
- Para prevenir daños físicos a la propiedad (destrucción de mobiliario, etc.).
- Cuando la conducta de la persona interfiera gravemente en la programación terapéutica (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital).

Cuando NO debe aplicarse la restricción de movimientos y/o aislamiento:

- Si no está indicado.
- Si la situación puede resolverse verbalmente.
- Como castigo o por antipatía hacia la persona.
- Por comodidad o conveniencia del personal u otras personas.

Cómo debemos proceder:

La estrategia de restricción de movimientos debe formar parte de un protocolo de actuación como último eslabón una vez han fracasado otras estrategias de tipo reactivo (redirección, escucha activa, cambio de estímulos, etc.).

La indicación de sujeción y/o aislamiento estará suficientemente bien documentada en el historial de la persona y se solicitará su consentimiento informado si es capaz, o a sus familiares o responsables legales.

La indicación de sujeción y/o aislamiento la hará el personal de enfermería responsable del Centro, el cual se pondrá en contacto con el médico que dará su conformidad y acordará el inicio y finalización del procedimiento. Si el personal de enfermería no fuese capaz de esta-

blecer contacto con el médico para iniciar el procedimiento, deberá estar expresamente autorizado para iniciarlo por su cuenta, teniendo la responsabilidad de comunicarlo al facultativo con la mayor brevedad posible para conseguir su conformidad.

Es responsabilidad del médico cumplimentar y firmar los documentos oficiales para notificar a las autoridades, familia / tutores y dirección del Centro, de la puesta en marcha del procedimiento (ver Anexos).

No pueden proporcionarse normas específicas para sujetar a una persona. Cada centro puede utilizar aquellas de las que hayan comprobado su eficacia y en las que ya tienen experiencia.

Antes de iniciar el procedimiento se tendrá localizado, elegido y preparado el material necesario para la sujeción (cinturones abdominales, muñequeras, tobilleras de sujeción, manoplas de protección, cascos protectores, etc.) así como el entorno más adecuado donde va a permanecer la persona.

En caso de proceder a la inmovilización física por parte del personal es aconsejable que la realicen un mínimo de cuatro personas. Para reducir al paciente en el suelo debe ser estirado de espaldas sobre sí mismo, controlando su cabeza para evitar que se golpee o golpee a algún miembro del grupo. Habrá una persona sujetando cada extremidad del sujeto. Para las extremidades superiores, se sujetarán los hombros y los antebrazos. Para las extremidades inferiores la sujeción se realizará presionando inmediatamente por encima de las rodillas y los tobillos.

Para trasladar a una persona agitada y/o violenta a la habitación debemos sujetarla por las piernas a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Un quinto miembro del grupo debe estar preparado para sostener la cabeza. Si su estado lo permite y desea ir de pie, pueden ser suficientes dos personas que le sujeten por las axilas con una mano, empujando hacia arriba, y por las muñecas con la otra tirando hacia abajo. Todo ello con la suficiente firmeza para dar seguridad al procedimiento, pero sin extremarla para evitar lesiones innecesarias.