

USO DE PSICOFÁRMACOS EN SUJETOS ADULTOS CON RETRASO MENTAL INGRESADOS EN DOS CENTROS DISTINTOS

De-Anta, A.*; Martí, B.**; Mata, G.***; Pol, E.****; Quesada, J. A.*****; Van-Der-Hofstadt, M. D.*****; Vegara, M. L.***

*Estudiante de 6.º curso, Licenciatura de Medicina y Cirugía; Departamento de Medicina y Psiquiatría; Facultad de Medicina de la Universidad de Alicante.

**Doctora en Medicina, especialista en Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico Provincial de Alicante, San Juan, Alicante.

***Licenciada en Psicología, Centro San Rafael para Disminuidos Psíquicos, Santa Faz, Alicante.

****Licenciado en Farmacia, especialista en Farmacia de Hospital, Hospital Psiquiátrico Provincial de Alicante, San Juan, Alicante.

*****Diplomado Universitario en Estadística, Unidad de Investigación, Hospital General Universitario de Elche.

*****Licenciada en Psicología, Hospital Psiquiátrico Provincial de Alicante, San Juan, Alicante.

Palabras clave:

Retraso mental. Psicofármacos. Neurolépticos. Ansiolíticos. Utilización de medicamentos. Terapia ocupacional.

Resumen:

Se estudia la prevalencia de uso de psicofármacos en una población de sujetos oligofrénicos adultos crónicamente institucionalizados, procedente de dos centros diferenciados: Hospital Psiquiátrico Provincial de Alicante y Centro San Rafael. De la primera institución proceden 46 sujetos y 59 de la segunda. La prevalencia global de uso de psicofármacos y/o anticonvulsivantes es del 73,6%, siendo mayor en el Hospital Psiquiátrico (87,2%) que en el Centro San Rafael (62,7%). Ambas poblaciones se compararon con relación al grado de deficiencia mental, presencia de codiagnósticos psiquiátricos o problemas conductuales, padecimiento de epilepsia, padecimiento de disfunción sensitivo-motora o del habla, edad y sexo, proporción de sujetos que reciben terapia ocupacional y/o lúdica, proporción de sujetos que reciben medicación «somática», neurolépticos, ansiolítico-hipnóticos, y anticonvulsivantes; así mismo se compararon las dosis de neurolépticos y ansiolíticos hipnóticos que recibían los sujetos de ambas instituciones. La media de edad de los residentes en el Centro San Rafael (40,98 años, DE:

12,55) resultó ser nueve años inferior a la de los residentes en el Hospital Psiquiátrico (49,38 años, ds: 10,29) ($p < 0,05$). La totalidad de los sujetos del Centro San Rafael recibía terapia ocupacional y/o lúdica personalizada, frente a sólo un 36,2% de los residentes en el Hospital Psiquiátrico ($p < 0,00001$). La fracción de sujetos que recibían neurolépticos en el Hospital Psiquiátrico era el 70,2% y sólo el 39,0% en el Centro San Rafael ($p < 0,005$). No se encontraron diferencias en las dosis de neurolépticos empleadas en ambas instituciones. Tampoco se encontraron diferencias en la proporción de sujetos de cada institución que recibían ansiolítico-hipnóticos, pero las dosis empleadas en el Hospital Psiquiátrico eran mayores que en el Centro San Rafael ($p < 0,05$). Las demás variables recogidas no mostraron diferencias entre ambos centros. Se hipotetiza que es posible que factores de tipo cultural y ambiental que diferencien ambas instituciones y condicionen una mayor ocupación y entretenimiento de los residentes del Centro San Rafael sea la causa de las diferencias observadas en el uso de psicofármacos.

Key words:

Mentally handicaped. Psychotropic drugs. Neuroleptic drug. Anxyolitic-hypnotic drugs. Drug use. Occupational therapy.

Summary:

We studied the prevalence of the use of psychotropic drugs in a population of mentally handicaped adults chronically institutionalized, coming from two different centers: Hospital Psiquiátrico Provincial de Alicante y Centro San Rafael. Forty

Correspondencia: Emilio Pol Yanguas. Servicio de Farmacia. Hospital Psiquiátrico Provincial de Alicante. C/ Ramón de Campoamor, 25. 03550 San Juan-Alicante.

Fecha de recepción: 28-7-97..

six persons proceded from the first institution and fifty nine from the second one. The global prevalence of the use of psychotropic drugs and/or anti-convulsants is of a 73.6%, with a higher rate in the Hospital Psiquiátrico (87.2%) than in the Centro San Rafael (62.7%). We compared both populations in relation to the grade of the mentally-handicap, the presence of a psychiatric co-diagnosis or behaving problems, the existence of epilepsy, sensitive or psysical disfunction or a speech disfunction, age and sex, the proportion of persons who recive occupational therapy, the proportion of person who recive «somatic» medicines, neuroleptic drugs, anxyolitic-hypnotic drugs. We also compared the dose of neuroleptic drugs and anxyolitic-hypnotic drugs which the persons recived in both institutions. The age average of the residents of the Centro San Rafael (40.98 years; sd: 12.55) is nine years below that of the residents of the Hospital Psiquiátrico (49.38 years; sd: 10.29) ($p < 0.05$). The complete population of the persons of the Centro San Rafael (100%) recived a personalized occupational therapy, compared with only 36.2% of the persons of the Hospital Psiquiátrico ($p < 0.00001$). In the Hospital Psiquiátrico the number of persons that recived neuroleptic drugs was 70.2% and in the Centro San Rafael only 39.0% ($p < 0.005$). We didn't find any difference in the dose of neuroleptic drugs used in both institutions. Neither did we find difference in the proportion of persons in boths institutions that received anxyolitic-hypnotics drugs, but the doses were used in the Hospital Psiquiátrico were higer than those used in the Centro San Rafael ($p < 0.05$). The other variables considered didn't show any difference between both institutions. We express the supposition that it could be possible that cultural and environmental elements which are different in both institutions and condition a major occupation and entertainment of the residents of the Centro San Rafael, acould be the cause of the differences observed in the use of psychotropic drugs.

Farm Hosp 1998; 22: 23-34

INTRODUCCIÓN

Las personas con deficiencia mental que viven en instituciones constituyen una de las poblaciones más medicadas con psicofármacos, siendo los neurolepticos los fármacos más utilizados. Se argumenta como razón para ello la alta frecuencia y gravedad de los trastornos de conducta presentes en esta población (1). La preocupación por la elevada prescripción de psicofármacos a las personas con retraso mental se basa en varias razones (2). 1.º) Las enfermedades psiquiátricas mayores, psicosis y trastornos afectivos, no parecen ser la principal razón para la utilización de estos fármacos que básicamente parecen ser utilizados para el control de comportamientos disruptivos, indicación para la que se carece de soporte empírico. 2.º) Las prácticas de prescripción en las instituciones para retrasados mentales están fuertemente influidas por factores no médicos, como calidad y cantidad del equipo asistencial y la existencia de pro-

gramas de entrenamiento vocacional y de recreo; así parece que la medicación reemplaza el empleo de estrategias más adecuadas pero difíciles de ejecutar. 3.º) Existe una evidencia considerable de que el uso crónico de psicofármacos puede originar graves problemas yatrogénicos, como sedación, efectos extrapiramidales, interferencia con el aprendizaje e incluso conductas anómalas. 4.º) Existe una preocupación cada vez mayor sobre los derechos y necesidades de los discapacitados intelectuales, no sólo por parte de sus familiares sino también por la población en general.

Existen pocos estudios de utilización de psicofármacos en este grupo de sujetos, los que conocemos están efectuados fuera del ámbito geográfico español (3), desconocemos estudios sobre el tema en nuestro medio.

Los objetivos del presente trabajo son los siguientes:

1.º Determinar la prevalencia de uso de psicofármacos entre los sujetos con deficiencia mental crónicamente asistidos en dos instituciones con diferentes modelos asistenciales y sistemas de gestión.

2.º Determinar si la prevalencia de uso de psicofármacos y/o las dosis empleadas difieren en ambas instituciones (hospital psiquiátrico de titularidad pública frente a centro específico para deficientes mentales dependiente de un patronato altruista de titularidad privada).

3.º En caso de existir diferencias, tratar de establecer qué factores se asocian con cada institución que pudieran explicarlas.

MÉTODO

La información sobre el tratamiento farmacológico y los datos clínicos considerados de interés se han obtenido mediante revisión de las historias clínicas de todos los sujetos diagnosticados de deficiencia mental de ambas instituciones. En el Hospital Psiquiátrico se excluyeron aquellos sujetos que estaban ingresados en las unidades de agudos y de psicogeriatría. La recogida de datos se realizó durante el invierno de 1996. El impreso de recogida de datos figura en el Anexo 1.

El «grado de deficiencia mental» se estableció, siguiendo el CIE-10 (4), considerando el valor del coeficiente intelectual que constaba en el informe psicológico de la historia clínica de cada sujeto. La variable «diagnóstico dual» considera aquellos casos en cuya historia consta la existencia de algún problema, actual o pasado, del comportamiento o diagnóstico psiquiátrico añadido al diagnóstico de oligofrenia. La variable «discapacidad sensitivo-motora o del habla», incluye aquellos padecimientos que supusieran un impedimento para la ejecución de movimientos (por ejemplo hemiplejía) o para la percepción del entorno (ceguera) y comunicación (mudez). Con la variable «terapia ocupacional» se pretende reflejar la existencia de un plan individualizado de ocupación y actividades diarias específico para el sujeto y con una finalidad rehabilitadora y/o lúdica (5, 6).

Los datos relativos al tratamiento farmacológico se refieren al momento de la revisión de la historia clínica

del sujeto mediante un corte transversal. Los medicamentos fueron clasificados según la clasificación anatómo-terapéutica del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, con la excepción de clonazepam que hemos clasificado como ansiolítico-hipnótico y no como anticonvulsivante (7).

Las variables «padecimiento de epilepsia» y «uso de fármacos anticonvulsivantes» se incluyen con la pretensión de valorar indirectamente la intensidad de la asistencia neuropsiquiátrica, y también debido a que en ocasiones los anticonvulsivantes son empleados con función de psicofármacos (antiagresivos, normotímicos, sedantes). La variable «otros fármacos para problemas de conducta» trata de incorporar el uso de medicamentos diferentes de los psicofármacos clásicos y que se emplean para tratamiento de problemas de conducta como naltrexona, propranolol, buspirona, clonidina, fenfluramina y psicoestimulantes. Mediante la variable «empleo de medicación somática» se indica que el sujeto emplea al menos un medicamento no clasificable como psicofármaco ni como anticonvulsivante, ni como «otros fármacos para problemas de conducta»; con ella se pretende reflejar indirectamente el estado de salud y la intensidad de la asistencia médica de una forma global. Para poder comparar las dosis de fármacos neurolépticos y ansiolítico-hipnóticos, éstas se expresan en mg de clorpromazina (CPZ) y mg de diazepam (DZP) respectivamente (8-12).

Análisis estadístico

1.º) Estudio descriptivo de las características de la población total y de cada centro por separado. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas y como porcentaje de la población. Las variables cuantitativas se describen mediante estadígrafos de posición (media, desviación típica, máximo y mínimo). Las dosis de fármacos se presenta, para tipo de fármaco y centro, mediante una tabla de frecuencias absolutas.

2.º) Estudio bivalente, cruzando las variables cualitativas con el tipo de institución mediante tablas de doble entrada, aplicando el test ji-cuadrado para homogeneidad de distribuciones. En cuanto a las variables cuantitativas (edad y las referentes a dosis) se efectúa un contraste de normalidad mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Para determinar si existen diferencias entre las dos instituciones estudiadas se aplica el t-test o el test de Mann-Whitney, según proceda. Se considera significativo un valor de $p < 0,05$ para ambas colas.

3.º) Análisis múltiple de correspondencias, de las variables que muestren dependencia con la variable institución.

RESULTADOS

La población estudiada se compone de 106 sujetos afectados de deficiencia mental, de los cuales 47 proceden del Hospital Psiquiátrico Provincial de Alicante (HP) y 59 del Centro San Rafael (CSR) para discapacitados psíquicos.

Ambas poblaciones presentan características similares, con la excepción entre las variables cualitativas de la prevalencia de uso de antipsicóticos y de la prevalencia de terapia ocupacional y/o lúdica, y entre las variables cuantitativas, la edad y las dosis de ansiolítico-hipnóticos.

La prevalencia global de uso de psicofármacos y/o anticonvulsivantes es del 73,6%, siendo mayor en el HP (87,2%) que en el CSR (62,7%). La fracción de sujetos que recibían neurolépticos en HP era el 70,2% y sólo el 39,0% en el CSR ($p < 0,005$). No se encontraron diferencias en las dosis de neurolépticos empleadas en ambas instituciones, en el HP la media de dosis fue de 606,9 mg CPZ/día, intervalo: 25-2150 mg; y en el CSR la media de dosis fue de 495,2 mg CPZ/día, intervalo: 25-1670 mg. Tampoco se encontraron diferencias en la proporción de sujetos de cada institución que recibían ansiolítico-hipnóticos, pero las dosis de estos fármacos empleadas en el HP (media: 15,3 mg DZP/día, intervalo: 5-50 mg) fueron mayores que en el CSR (media: 5,5 mg DZP/día, intervalo: 3,3-20 mg) ($p < 0,05$). En ninguna de ambas instituciones se emplean fármacos antidepresivos, litio, psicoestimulantes, ni medicamentos para problemas conductuales alternativos a los neurolépticos.

La media de edad de los residentes en el CSR (40,98 años, ds: 12,55) resultó ser nueve años inferior a la de los residentes en el HP (49,38 años, DE: 10,29) ($p < 0,05$). La totalidad (100%) de los sujetos del CSR recibía terapia ocupacional y/o lúdica personalizada, frente a sólo un 36,2% de los residentes en el HP ($p < 0,00001$). Las demás variables recogidas no mostraron diferencias entre ambos centros.

En la tabla 1 se describen las características cualitativas de la población global de ambas instituciones conjuntamente y de cada institución por separado. En las tablas 2.a y 2.b se describen las características cuantitativas de la población. Las tablas 3.a y 3.b presentan las dosis y frecuencias absolutas de neurolépticos y ansiolítico-hipnóticos respectivamente en cada centro. En todas ellas se indica la significación de las diferencias encontradas entre ambas instituciones.

Los neurolépticos y ansiolítico-hipnóticos empleados en cada centro se indica en la tabla 4. Los diagnósticos psiquiátricos y problemas de conducta asociados se presentan en la tabla 5. En la tabla 6 se indica, para cada institución, el número de sujetos que padecen cada tipo de disfunción sensitivo, motoras y del habla.

Mediante análisis múltiple de correspondencias, se encontraron las siguientes asociaciones entre las variables estudiadas (fig. 1):

- 1) Residir en el HP, con no recibir terapia socio-laboral y ausencia de uso de antipsicóticos y dosis de éstos > 200 mg de CPZ/día.
- 2) Residir en el CSR, recibir terapia socio-laboral y ausencia de tratamiento antipsicótico o empleo de dosis de 50 mg o menos de CPZ/día.
- 3) Uso de antipsicóticos y tener < 41 años de edad.
- 4) Tener una edad > 56 años y recibir neurolépticos a dosis de entre 51-200 mg de CPZ/día.

Tabla 1

Característica/centro de residencia	Población total	Hospital Psiquiátrico	Centro San Rafael	Significación diferencias
N.º de sujetos	106 (100%)	47 (100%)	59 (100%)	
Sexo:				
Varones	75 (70,8%)	34 (72,3%)	41 (69,5%)	NS
Mujeres	31 (29,2%)	13 (27,7%)	18 (30,5%)	
Grado de deficiencia mental				
Leve	4 (3,8%)	1 (2,1%)	3 (5,1%)	NS
Moderada	23 (21,7%)	13 (27,7%)	10 (16,9%)	
Grave	27 (25,5%)	11 (23,4%)	16 (27,1%)	
Profunda	52 (49,1%)	22 (46,8%)	30 (50,8%)	
Diagnóstico psiquiátrico dual	48 (45,3%)	22 (46,8%)	26 (44,1%)	NS
Deficiencias sensitivo-motora o del habla	31 (29,2%)	10 (21,3%)	21 (35,6%)	NS
Diagnóstico de epilepsia	24 (22,6%)	7 (14,9%)	17 (28,8%)	NS
Terapia ocupacional y/o lúdica	76 (71,7%)	17 (36,2%)	59 (100%)	p < 0,00001
Reciben medicación somática	35 (33%)	13 (27,7%)	22 (37,3%)	NS
Toman antipsicóticos, o ansiolítico-hipnóticos o antiepilépticos	78 (73,6%)	41 (87,2%)	37 (62,7%)	p < 0,005
Toman antipsicóticos, o ansiolítico-hipnóticos	68 (64,2%)	39 (83,0%)	29 (49,2%)	p < 0,0001
Toman antipsicóticos	56 (52,8%)	33 (70,2%)	23 (39,0%)	p < 0,005
Toman ansiolítico-hipnóticos	26 (24,5%)	14 (29,8%)	12 (20,3%)	NS
Toman antidepressivos	0 (0%)			
Toman litio	0 (0%)			
Toman anticonvulsivantes	29 (27,4%)	12 (25,5%)	17 (28,8%)	NS
Toman psicoestimulantes	0 (0%)			
Otros fármacos por problemas de conducta	0 (0%)			

Tabla 2.a

Variable	Población	Media	DE	Intervalo
Edad (años)	Total	44,71	12,29	19-81
	San Rafael	40,98	12,55	19-81
	Hospital			
	Psiquiátrico	49,38	10,29	28-75

Aceptada normalidad de distribución, prueba Kolmogorow-Smirnov (prueba t; p < 0,05).

Tabla 2.b

Variable	Población	Media	DE	Intervalo
Dosis en mg CPZ/día	Total	449,4	568,0	25-2150
	San Rafael	363,9	495,2	25-1670
	Hospital			
	Psiquiátrico	507,5	606,9	25-2150
Dosis en mg DZP/día	Total	13,4	12,6	3,3-50
	San Rafael	7,7	5,5	3,3-20
	Hospital			
	Psiquiátrico	18,3	15,3	5-50

CPZ = clorpromazina, DZP = diazepam.

Rechazada normalidad de distribución, prueba Kolmogorov-Smirnov.

DISCUSIÓN

La prevalencia de uso de psicofármacos en el conjunto de ambas instituciones es similar a la encontrada por otros autores entre pacientes con retraso mental residentes en instituciones (3). En la tabla 7 se presentan los

Tabla 3.a

Centro San Rafael		Hospital Psiquiátrico	
mg/día clorpromazina	N.º sujetos	mg/día clorpromazina	N.º sujetos
25	2	25	4
50	4	50	6
75	3	100	1
110	1	150	1
150	1	200	4
175	1	300	6
200	2	450	1
225	3	600	1
300	1	750	2
750	2	800	1
1410	1	1350	1
1550	1	1500	1
1670	1	1550	1
		1800	2
		2150	1

(Mann-Whitney) $N_1 = 23$, $N_2 = 33$, $U_1 = 430$; $Z = 0,84$ ($p > 0,4$, contraste bilateral) (N.S.).

datos correspondientes a los sujetos observados en este estudio comparándolos con los datos obtenidos por Baumister. Puede observarse un exceso en la proporción de sujetos que reciben neurolepticos y ansiolítico-hipnóticos en el Hospital Psiquiátrico. Por otra parte la proporción de sujetos de los centros observados que reciben anticonvulsivantes es sustancialmente inferior.

La diferencia de edad entre ambas poblaciones podría explicar la diferencia observada en el uso de antipsicóticos. Pary (13) estudiando una población de 369

Tabla 3.b

Centro San Rafael		Hospital Psiquiátrico	
mg/día diazepam	N.º sujetos	mg/día diazepam	N.º sujetos
3,3	6	5	3
7,7	1	6,7	1
10	3	10	4
15	1	15	1
20,0	1	20	1
		30	1
		40	2
		50,0	1

(Mann-Whitney) $N_1 = 12$, $N_2 = 14$, $U_1 = 116$, $U_2 = 40 < 41$ ($p > 0,05$, contraste bilateral)

sujetos con retraso mental, encontró una prevalencia global de uso de psicofármacos del 50% en el grupo con edad entre 20-39 años, del 63% para edad entre 40-54 años y del 66% para mayores de 55 años. La población del CSR es más joven, 10 años de promedio, que la residente en el HP. Se podría argumentar que la diferencia de edad entre los sujetos de ambos centros justifica la diferencia en la proporción de los sujetos que usan psicofármacos. Nos parece que la diferencia en la proporción de pacientes con tratamiento neuroléptico entre las dos instituciones observadas es demasiado alta para deberse sólo a este hecho; supongamos una situación extrema en la que todos los sujetos que residen en CSR son menores de 40 años y que los que residen en HP son mayores de 55 años, las proporciones esperadas para ambas instituciones serían 50% (CSR) y del 66% (HP). Las proporciones reales son 62,7% (CSR) y 87,2% (HP) si se consideran psicofármacos más anti-convulsivantes; o 49,2% (CSR) y 83,0% (HP) si se consideran los sujetos que toman antipsicóticos y/o ansiolítico-hipnóticos, o del 39% (CSR) y del 70,2% (HP) si se

consideran sólo los que toman neurolépticos. Además, la diferencia de edad entre los sujetos de ambas instituciones realmente es menor. Mientras que la prevalencia de uso de psicofármacos en el CSR se ajusta a lo esperado según la edad de los residentes en él, es evidente el exceso de prevalencia de uso de psicofármacos entre los sujetos retrasados mentales residentes en el HP.

Habría que añadir que la prevalencia de trastornos psiquiátricos y del comportamiento entre sujetos con retraso mental parece aumentar a medida que aumenta la edad fundamentalmente debido al desarrollo de demencias, cuando se considera esta población de un modo global independientemente de su lugar de residencia (14). Cuando se considera la subpoblación de sujetos con retraso mental que residen en instituciones la tendencia es inversa, es decir, la prevalencia de trastorno dual disminuye a medida que la población envejece, siendo del 50% en el grupo de edad entre 40-49 años, 30% en el de 50-59 años, 25% en el grupo de 60-69 años y 27% (incluyendo demencias) entre mayores de 69 años; al parecer debido a la disminución de los problemas de conducta relacionados con el envejecimiento (15), que sobrecompensa el aumento de casos de demencia. El análisis de correspondencias múltiples de nuestros datos muestra una asociación con tener una edad entre 19-40 años y recibir neurolépticos, a pesar de que la población más joven es la correspondiente al CSR donde la prevalencia de uso de neurolépticos es menor.

Aman y Singh (16) efectuaron una revisión de los estudios que analizan las variables que pudieran afectar a la prevalencia de uso de psicofármacos. Entre las variables demográficas analizadas, el sexo no mostró asociación con la prevalencia de farmacoterapia. El nivel funcional apareció como un factor no relacionado con la prevalencia de farmacoterapia. Dos estudios que analizaron el emplazamiento de las residencias encontraron tasas más elevadas de medicación en emplazamientos mayores o más restrictivos. Un estudio realizado acerca de las variables físicas no encontró relación con la ce-

Tabla 4

Fármaco	mg = 100 mg clorpromazina	N.º de casos		Fármaco	mg = 5 mg diazepam	N.º de casos	
		Psiquiátrico	San Rafael			Psiquiátrico	San Rafael
Clorpromazina	100		1	Clobazam***	10		1
Clotiapina	20		1	Clonazepam	0,25		1
Flufenazina decanoato*	25 mg c/28 días = = 25 mg haloperidol c/ día	2	2	Clorazepato	7,5	2	6
Haloperidol	2	7	7	Clormetiazol***	112		1
Levomepromazina	100	20	14	Diazepam	5	6	2
Periciazina**	25	2	2	Nitrazepam	2	6	1
Tioridazina	100	12	8	Triazolam	0,125	1	
Trifluoperazina	5	1		Zopiclona	7,5	2	

* Se ha considerado equipotencia entre flufenazina y haloperidol oral, la dosis de flufenazina depot se establece administrando cada 2 semanas inicialmente y luego cada 4 semanas la misma cantidad en mg de flufenazina decanoato que era necesaria por vía oral de flufenazina clorhidrato al día (9).

** Estimada a por comparación de las dosis usuales de esta sustancia con las de haloperidol y clorpromazina (7).

*** Estimadas comparando dosis usuales de estos fármacos con las de diazepam y lorazepam (7).

Tabla 5

Diagnóstico / Problema conductual	Número de casos		
	Total	Psiquiátrico	San Rafael
Heteroagresividad	23	5	17
Agresividad	8	1	7
Agitación/hiperactividad	11	6	5
Ansiedad/insomnio	10	5	5
Alcoholismo	2	2	0
Esquizofrenia, bufé delirante, conducta psicótica	10	8	2
Estereotipias, autoestimulación	2	0	2
Negativismo, destructividad, problemas de conducta	7	0	7
Neurosis obsesiva	1	0	1

Tabla 6

Disfunción / N.º de casos	Total	Psiquiátrico	San Rafael
Visual	15	8	7
Acústica	6	2	4
Motora	19	6	13
Del habla	1	0	1

guera o la sordera, pero halló una tasa de consumo de fármacos psicotrópicos menor entre los individuos con parálisis cerebral o epilepsia. Los estudios enfocados a la percepción de problemas sociales y/o de comportamiento han determinado que la percepción de los cuidadores está directamente relacionada con porcentajes más elevados de utilización de psicofármacos.

Si bien consideradas en conjunto las deficiencias sensitivo motoras o del habla, no surgen diferencias entre en CSR y HP en la proporción de pacientes que las padecen, en la tabla 6 puede observarse cómo en el primero hay una mayor cantidad de sujetos con discapacidad motora. En la tabla 1 puede observarse también cómo la fracción de sujetos con epilepsia es mayor en el CSR que en el HP. Quizá ambos factores, junto con la diferencia de media de edad entre las dos poblaciones, pudieran explicar la diferencia en la prevalencia de uso de psicofármacos.

Sólo cuatro de los 13 sujetos con disfunción motora que residen en el CSR reciben neurolépticos, mientras que de los seis sujetos con disfunción motora residentes en el HP, cuatro reciben tratamiento con neurolépticos.

En cuanto a los sujetos con epilepsia en el HP, de los siete que la padecen, sólo dos toman neurolépticos, mientras que tres reciben ansiolíticos, y tres no reciben ninguno de estos fármacos. En el CSR, de los 16 sujetos con epilepsia, ocho no toman ni ansiolítico-hipnóticos ni neurolépticos, mientras que seis reciben neurolépticos y

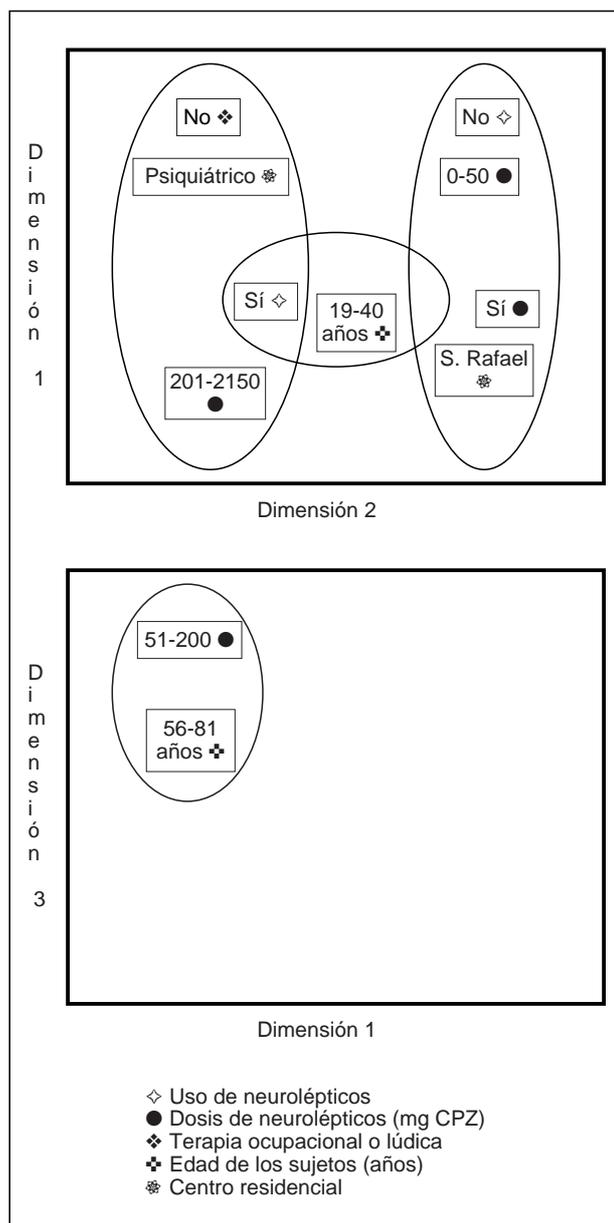


Figura 1.—Análisis de correspondencias múltiples de las variables que muestran dependencia con el tipo de institución. Las asociaciones representadas explican más del 70% de la variabilidad en los ejes.

cuatro reciben ansiolítico-hipnóticos (dos de ellos reciben ambos tipos de fármacos simultáneamente).

Nótese cómo las tendencias con relación a la prevalencia de uso de psicofármacos y el padecimiento de disfunción motora o epilepsia no se mantienen uniformes para ambos centros, por tanto, no parecen explicar la diferencia observada de prevalencia de uso de neurolépticos.

Un estudio (16) mostró que los motivos de prescripción de psicofármacos a pacientes oligofrénicos de cinco instituciones fueron: agresividad 29%, hiperactividad 25%, autolesión 19%, irritabilidad 12%, gritos 10%

Tabla 7. Prevalencia de uso de psicofármacos, expresada como porcentaje de la población

	Datos de Baumister		Nuestros datos		
	Rango	Media	Total	HP	CSR
Todos los psicotrópicos*	36,9-85,9	57,4	73,6	87,2	62,7
Neurólépticos	9,5-60,4	31,8	52,8	70,2	39,0
Ansiofármacos**	0,0-20,5	8,5	23,6	27,7	20,3
Sedante-hipnóticos	0,0-15,2	6,0			
Antidepresivos / litio	0,0-7,5	2,9	0,0		
Estimulantes	0,0-1,5	0,5	0,0		
Anticonvulsivantes	36,9-85,9	57,4	26,4	25,5	27,1

* Se incluyen los anticonvulsivantes.

** En nuestros datos se contempla conjuntamente ansiolítico-sedantes-hipnóticos.

y ansiedad 8%, ninguno de los cuales constituye un diagnóstico en sí, y algunos son extraordinariamente vagos. El curso natural de los problemas del comportamiento en los sujetos con retraso mental está poco estudiado, pero los datos disponibles indican que en su mayoría son de larga duración, así Eyman y Widaman (17) encontraron pocos cambios en el comportamiento adaptativo de un estudio de seguimiento longitudinal.

La sintomatología de los pacientes internos con retraso mental se comparó con una muestra pareja de pacientes internos sin retraso mental (18), observándose que los sujetos con retraso mental mostraban: a) más síntomas que giraban en torno a los otros y pocos síntomas en torno a sí mismos; b) la mayoría de los síntomas tenían una expresión conductual y no en el pensamiento, y c) los síntomas psicóticos más frecuentes implicaban alucinaciones sin delirios, e infrecuentemente delirios.

Se sabe que muchos individuos con retraso mental y enfermedad mental que reciben neurólépticos pueden disminuir las dosis e incluso dejar de tomarlos, pero en algunos individuos con psicosis no sólo puede ser difícil interrumpir el tratamiento con neurólépticos sino que pueden incluso precisar aumentos de dosis. Una revisión retrospectiva de las historias, a lo largo de 12 meses tras interrupción del tratamiento neuróléptico (19), mostró que los individuos con síntomas psicóticos tenían una mayor probabilidad de reinstauración del tratamiento neuróléptico a los tres y a los doce meses. La ausencia de ideas delirantes se asoció significativamente con la posibilidad de continuar sin tratamiento neuróléptico a los tres meses de su interrupción.

En la tabla 1 puede observarse la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos o problemas de conductas añadidos a la oligofrenia en los sujetos de cada institución observada. No hay diferencias en la proporción global de sujetos afectados de estos problemas. En la tabla 5 se presentan pormenorizados los diagnósticos (como están expresados en la historia clínica). En el CSR hay una mayor proporción de sujetos con problemas de agresividad hacia otros o hacia sí mismos, así como problemas conductuales como negativismo o destructividad; por el contrario el grupo de diagnóstico más frecuente en el HP corresponde a la esquizofrenia y enfermedades delirantes. Estas diferencias diagnósticas

no parecen estar relacionadas con la mayor prevalencia de uso de neurólépticos en el HP en comparación con el CSR, pero sí podrán explicar la tendencia en el primer centro a emplear dosis mayores.

La prevalencia de comportamientos autolesivos en sujetos institucionalizados con retraso mental es del 10-20% (3). Las formas de presentación más frecuentes son: automordeduras, cabezazos y autogolpes; las personas que las padecen exhiben simultáneamente varias formas de esta conducta; siendo graves entre el 25-50% de los casos, y parecen correlacionar con la gravedad del daño neurológico presente y acompañarse de otros tipos de conductas aberrantes. Los neurólépticos parecen suprimir, pero de forma inespecífica, este tipo de conductas, la dosis media empleada en los ensayos clínicos es de 206 mg de CPZ al día o equivalente.

Se entiende por comportamiento estereotipado (3) a conductas repetitivas, con actos motores topográficamente invariables y sin función adaptativa. Las formas de presentación más frecuentes son: balanceo corporal, balanceo de la cabeza, aletear las manos. Estas conductas se presentan entre el 34-67% de los sujetos con retraso mental institucionalizados. Las estereotipias constituyen un problema ya que su presencia reduce la interacción con el ambiente, dificultando el aprendizaje de comportamientos adaptativos. Los ensayos clínicos muestran sistemáticamente que los neurólépticos son capaces de mejorar la conducta estereotipada, siendo su efecto selectivo, la dosis media empleada, expresada en mg de CPZ, es de 119 mg/día.

Las conductas heteroagresivas (3) constituyen otro problema frecuente en el cuidado de los sujetos con retraso mental. Entre el 35-55% de las personas con retraso mental institucionalizadas exhiben este tipo de conducta, constituyendo de hecho la principal causa de su internamiento y de la prescripción de neurólépticos. Los resultados de los ensayos clínicos al respecto no son concluyentes e incluso muestran la posibilidad de efectos paradójicos en relación con esta conducta; además, su efecto dista de ser específico interfiriendo con otras conductas. La dosis media empleada en los ensayos clínicos para esta indicación es 185 mg de CPZ/día.

En general el término hiperactividad (3) se emplea para referirse al síndrome de hiperactividad por déficit

de atención, pero en la mayoría de la bibliografía relacionada con la deficiencia mental este término es empleado de forma inespecífica para referirse a un amplio abanico de conductas aberrantes. Con las limitaciones inherentes a la ausencia de una definición inequívoca, se ha establecido que la prevalencia de conducta hiperactiva entre retrasados mentales institucionalizados es del 57%, estando en relación inversa a la profundidad del retraso mental. Entre los fármacos empleados para el tratamiento de esta conducta se encuentran los psicoestimulantes y también los neurolépticos, mostrándose los primeros como de elección en los sujetos con coeficiente intelectual (CI) > 45, mientras que los segundos parecen producir mejores respuestas entre los sujetos con CI < 46.

De estudios realizados con población esquizofrénica se desprende que pautas de mantenimiento con dosis comprendidas entre 5-10 mg de haloperidol al día (equivalentes a 150-500 mg de CPZ) pudieran ser suficientes para una reducción significativa de las reagudizaciones, con un mínimo de efectos adversos y facilitarían el rendimiento de los sujetos (20).

Ambas instituciones no se diferencian en las dosis de neurolépticos empleadas, una vez establecida la necesidad de su empleo.

La proporción de sujetos que reciben ansiolítico-hipnóticos tampoco difiere entre ambas instituciones, pero sí las dosis empleadas. Esta diferencia puede deberse a factores diversos que no podemos analizar aquí, dada la naturaleza de los datos recogidos, pero podrían ser de índole farmacocinética. Se puede suponer mayor sedentarismo entre los residentes en el HP, por su menor participación en actividades ocupacionales o lúdicas, lo que conduciría a mayor peso corporal, a este efecto también contribuiría el uso más frecuente de neurolépticos.

El «ambiente y estructura» de ambos centros también es notablemente diferente. Otro factor a considerar en la explicación de las diferencias de uso de psicofármacos es la percepción de los problemas del sujeto con deficiencia mental y la tolerancia a la expresión de los mismos, por parte del personal cuidador. A este conjunto de características le denominaremos «cultura asistencial».

En el CSR no hay más de 12 residentes por hogar, los cuidadores tienen asignadas responsabilidades globales sobre residentes concretos; son seleccionados específicamente en función de la tarea a realizar y la vinculación con la institución es mediante contratos laborales. Además, hay participación de voluntariado. En plantilla se dispone de dos psicólogas con dedicación completa a tareas de rehabilitación. Las unidades residenciales están concebidas a modo de hogares de planta baja con acceso directo a jardines, y se ha tratado de personalizar las habitaciones y cuidar la estética, en los hogares no existen puestos específicos para los cuidadores, que deben estar integrados con los residentes.

En el HP, el número de residentes por unidad residencial es de 24, el cuidado o tutoría global de un residente no se asigna a ningún cuidador concreto. El sistema de selección de cuidadores no considera específicamente el trabajo con retrasados mentales. Por otra parte la vinculación con la institución es de tipo funcionarial y no hay posibilidad de participación de voluntarios, ni

se dispone de ningún psicólogo dedicado a tiempo completo a estos pacientes. Las unidades residenciales están concebidas a modo de un hospital clásicos: pasillos con habitaciones a ambos lados de toda su longitud, carecen de accesos directos a jardines y otras zonas de expansión y existen puestos de enfermería que permiten al personal cuidador aislarse de los residentes.

Dos «indicadores duros» de la diferencia entre ambas instituciones son la existencia en la historia clínica de medidas objetivas de la conducta de los sujetos y la fracción de sujetos residentes en cada institución que reciben terapia ocupacional y/o lúdica. En el CSR existe, para cada uno de los residentes, un programa de evaluación continua de las conductas mediante la «escala de comportamiento adaptativo de la Asociación Americana de Deficiencia Mental, para niños y adultos, revisión de 1974». No existe ningún programa ni sistema de registro similar en el HP en donde como alternativa se emplea un «libro de incidencias» completamente abierto. Por otra parte, todos los residentes del CSR reciben terapia ocupacional, mientras que sólo poco más de la tercera parte de los residentes del HP acuden a talleres o actividades recreativas. Ambas carencias parecen estar en vías de solución como consecuencia de un reciente informe relacionado directamente con el presente trabajo.

Uno de nosotros efectuó una auditoría de la calidad de uso de psicofármacos en el HP del que procede una de las dos poblaciones estudiadas en este trabajo (21). Como patrón se empleó los «Criterios de criba psicofarmacológica del Comité para la Investigación de Tratamientos Psiquiátricos de la Asociación Americana de Psiquiatría». De los 30 pacientes que formaban la muestra, once eran oligofrénicos y seis de ellos recibían neurolépticos en el momento de la auditoría. Entre los criterios que menos se cumplían figuraron: documentación mínima (nota trimestral de curso clínico y registro de dosis administradas) y constancia de exploración de efectos adversos.

Por otra parte, este mismo coautor del presente trabajo, analizó en el Centro San Rafael los resultados que sobre la terapia antiepiléptica proporcionaba el análisis de casos en equipo (22), con monitorización cuidadosa tanto de la sintomatología como de los efectos del tratamiento y de los niveles plasmáticos de los fármacos. Todo ello redundó en una disminución de la frecuencia de crisis, de los efectos adversos atribuibles a los medicamentos y del número de medicamentos que utilizaba cada paciente, pudiendo algunos de ellos quedar libres de fármaco. Puede observarse una coincidencia absoluta entre la proporción de sujetos epilépticos y la proporción de sujetos con anticonvulsivantes en esta institución. Es de destacar que en ambas instituciones la proporción de sujetos con tratamiento anticonvulsivante es comparable y notablemente inferior a las descritas en la bibliografía, las dos son atendidas por el mismo servicio de farmacia para la determinación e informe de niveles plasmáticos de este grupo de fármacos.

Si bien indirectamente, los resultados de ambos trabajos muestran una notable diferencia en la calidad asistencial de ambas instituciones. Esta deficiencia podría constituir una explicación alternativa a la diferencia en

el uso de psicofármacos (23, 24), y quizá también de terapia ocupacional/lúdica, entre ambas instituciones.

Una comparación directa de la calidad asistencial de ambas instituciones puede hacerse determinando la proporción de sujetos que reciben psicofármacos sin poseer diagnóstico los dos y la proporción de sujetos que reciben más de un fármaco de la misma clase o categoría (25). En el HP, de los 39 sujetos que reciben antipsicóticos o ansiolítico-hipnóticos, 19 (48,7%) carecen de diagnóstico los dos que justifique su empleo. En el CSR, sólo seis (20,7%) de los 29 sujetos que reciben antipsicóticos o ansiolítico-hipnóticos se encuentran en esta situación ($0,1 > p > 0,05$). No existe diferencia entre ambos centros si se considera la proporción de sujetos con diagnóstico los dos que no reciben psicofármacos, dos de 22 en el HP frente a tres de 26 en el CSR. La frecuencia de asociaciones inadecuadas se presenta en la tabla 8; la diferencia entre ambas instituciones no es estadísticamente significativa, pero la tendencia es hacia un uso más frecuente de polifarmacia en el HP que en el CSR.

La situación en el HP parece análoga a la descrita por Sachedev (2) que estudió la frecuencia del uso de psicofármacos en un colectivo de 53 sujetos residentes en el Hospital Psiquiátrico Público de Nueva Gales del Sur, con una media de edad de 44,7 años (ds: 16,4, intervalo: 17-78 años), de los cuales el 73,5% presentaban retraso mental de moderado a grave, encontrando que el 60,4% de los sujetos recibían neurolépticos, a una dosis promedio de 645,3 mg CPZ/día (ds: 597,5, intervalo: 25-2350 mg CPZ/día). Se efectuó un análisis de regresión múltiple considerando como variable dependiente la dosis de neuroléptico y como variables independientes: edad, sexo, nivel de retraso mental, presencia o ausencia de codiagnóstico psiquiátrico actual o anterior, valoración global de problemas de comportamiento, valoración global de conductas estereotipadas o autolesivas. El resultado identificó que los problemas de comportamiento eran la única variable que correlacionó de forma positiva y estadísticamente significativa con las dosis de neuroléptico. Por otra parte se encontró que los problemas de comportamiento correlacionaron de forma pobre y negativa, pero sin significación estadística con las conductas estereotipadas y las conductas autolesivas. En relación a los efectos secundarios de la medi-

cación neuroléptica, encontró que 34% de los individuos padecían discinesia tardía, valorada con la «escala para movimientos anormales involuntarios»; también un 34% puntuó 2 o más en la «escala para efectos secundarios extrapiramidales», y 4,2% se les asignó el diagnóstico definitivo de acatisia inducida por fármacos. El autor comenta que a su parecer el uso de fármacos es excesivo, y lo explica por la deficiencia de medios para implementar estrategias alternativas debidos al déficit de psicólogos clínicos y terapeutas ocupacionales y al ambiente altamente «estresante» de la institución, que conduce a mantener la situación en un equilibrio metaestable por miedo a que cualquier intervención, aún bien intencionada, pudiera deteriorar más la situación.

Linaker estudiando la frecuencia de los factores que determinan el uso de psicofármacos en una institución para retrasados mentales también encontró que los neurolépticos eran los fármacos más empleados y que el diagnóstico psiquiátrico no parecía ser la principal justificación de su prescripción (26). Otros autores que estudian los patrones de prescripción y predictores de uso de psicofármacos en este segmento de población encuentran hallazgos similares (27-31).

En el resultado del análisis múltiple de correspondencias de nuestros datos queda claramente reflejada la asociación entre las variables institución, uso de neurolépticos y participación en programas de terapia ocupacional habilitadora. Los programas de rehabilitación se han mostrado capaces de reducir la media de dosis de neuroléptico necesaria para contener la sintomatología en sujetos esquizofrénicos crónicos (32), y su papel en el manejo de conductas anómalas por dificultades del aprendizaje es actualmente incuestionable (5, 6, 11, 23).

La ausencia de diferencias en cuanto a la proporción de pacientes que reciben medicamentos para patologías no psiquiátricas, así como la ausencia de diferencias significativas en el uso de medicamentos antiepilépticos, permiten, si bien indirectamente, descartar la posibilidad de que las diferencias en la prevalencia de neurolépticos entre ambos centros se deba a diferencias en la atención médica global (neuropsiquiátrica, y medicina general) que reciben.

Otra posible explicación de las diferencias en los resultados obtenidos en cada centro podría ser la existencia de diferencias en los criterios de admisión. Consideramos que es poco probable esta hipótesis basándonos en dos razones: 1.º) La ausencia de diferencias entre ambos centros con relación a la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos o problemas de conducta sobreañadidos al retraso mental. 2.º) Ambas instituciones atienden a la misma área geográfica, pero en diferente intervalo temporal, la duración media de ingreso de los sujetos del CSR es de 15,5 años, frente a la duración media de ingreso en el HP de 27,5 años ($p < 0,001$). La diferencia en la duración media del ingreso entre ambas instituciones se asemeja mucho a la diferencia en la media de edades. Si se considera que la fecha de la primera institucionalización de algunos sujetos del CSR era desconocida, por lo que se sustituyó por la fecha de ingreso en dicho centro, las diferencias en la duración del ingreso se deben aproximar más a las diferencias en la edad

Tabla 8

Tipo (apropiado vs inapropiado) de tratamiento / n.º de sujetos	HP	CSR	Totales
1 antipsicótico	16	14	
1 antipsicótico + 1 ansiolítico-hipnótico	5	2	
1 ansiolítico-hipnótico	5	6	
Total apropiados	26	22	48
2 antipsicóticos	8	3	
3 antipsicóticos	1	2	
1 antipsicótico + 2 ansiolítico-hipnóticos	2	0	
2 antipsicóticos + 1 ansiolítico-hipnótico	1	4	
2 ansiolítico-hipnóticos	1	0	
Total inapropiados	13	7	20
Totales	39	29	68

entre ambas instituciones. Es decir, el CSR ha tomado el relevo generacional al HP en lo que se refiere a la institucionalización de sujetos con retraso mental grave o profundo o con graves problemas de conducta o problemas psiquiátricos sobreañadidos.

Otra probable causa de las diferencias de uso de psicofármacos entre HS y CSR pudiera encontrarse en posibles diferencias de formación, hábitos y criterios de los equipos psiquiátricos que asisten a ambos centros. Podemos desechar directamente esta hipótesis, ya que el CSR siempre ha sido atendido por psiquiatras procedentes del HP, del cual no dista más de 200 m; lo mismo hay que decir de los servicios de farmacia clínica.

Por tanto, parece más probable que las diferencias de carácter «cultural», que condicionan las diferencias de carácter arquitectónico y de cuidados complementarios (no estrictamente médicos) como son terapia ocupacional o lúdica y modelo de relación entre personal cuidador y enfermos, sea también la causa de una mayor necesidad de uso de neurolépticos en el HP comparativamente con el CSR. Kirman (33), ya en 1975, discutió la «cultura manicomial» como causa del uso inadecuado de psicofármacos en hospitales para retrasados mentales. Diversos autores han informado de cómo una modificación de la «cultura asistencial», en ocasiones impuesta por las leyes (34), es capaz de reducir la prevalencia de uso de psicofármacos en instituciones para internamiento de sujetos con retraso mental (19, 35-34). Dicho cambio cultural consistió sistemáticamente en el trabajo en equipo multidisciplinar de revisión de casos, para la identificación de síntomas diana a tratar, y cuantificación de la gravedad de los mismos y de los cambios que en ellos se consiguen mediante la terapia empleada, aplicación de los principios básicos de la farmacoterapia al diseño de los regímenes de tratamiento, y ejecución de programas preventivos o terapéuticos alternativos a los psicofármacos. Branford (45) en una reciente revisión, señala que las diferencias de patrón de uso de fármacos antipsicóticos en personas con dificultades de aprendizaje en EE.UU. y Reino Unido, se pueden deber a la diferente cultura asistencial impuesta por la legislación sanitaria en ambos países. La litigación, principalmente en EE.UU. ha dado lugar al establecimiento de unos derechos legales de las personas con dificultades de aprendizaje en relación con la administración de psicofármacos, con la imposición de regulaciones que gobiernan el uso de antipsicóticos y otros psicofármacos, principalmente en instituciones.

Concluimos indicando lo siguiente:

- 1) Un elevado porcentaje de personas con retraso mental que viven en instituciones recibe psicofármacos.
- 2) El empleo de psicofármacos no siempre está justificado por la existencia de un diagnóstico psiquiátrico o un problema de conducta especificado en la historia clínica del sujeto.
- 3) Las dos instituciones comparadas presentan patrones diferentes de uso de psicofármacos, estas diferencias no parecen explicarse por diferencias en las características de los sujetos acogidos en ellas. Tampoco por diferencias en las características de los prescriptores.

4) Existen indicios racionales para pensar que las diferencias en el uso de psicofármacos entre ambas instituciones se deban a diferencias en la «cultura asistencial».

AGRADECIMIENTOS

Al profesor Jesús Flórez, y a los doctores Julio Granda y Ana Carratalá por despertarnos el interés por el tema.

NOTA

Como consecuencia del trabajo presentado ha tenido lugar un replanteamiento de la asistencia prestada a los sujetos con retraso mental tanto en el HS como en el CSR. Se ha constituido un grupo de trabajo para revisión y discusión de la bibliografía sobre problemas de conducta y patología psiquiátrica en el retraso mental, epidemiología, etiología y tratamiento. En el HP se está procediendo a instaurar un programa de valoración objetiva de las conductas y se ha aumentado el número de sujetos que actualmente siguen programas de habilitación. En ambas instituciones se está procediendo a seleccionar sujetos candidatos para una evaluación de la necesidad del tratamiento psicofarmacológico y, si procede, reducción o aumento progresivo de medicación. Otras instituciones para asistencia a personas con retraso mental de nuestra comarca, tras conocer un borrador del presente informe, han solicitado incorporarse al grupo de estudio y están aportando sus propios datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flórez J. La Farmacología de las conductas anormales en la deficiencia mental. Siglo cero 1994;25:5-25.
2. Sachedev PS. Psychoactive drug use in an institution for intellectually handicapped persons. Med J Australia 1991;155:75-9.
3. Baumister AA, Todd ME, Sevin JA. Efficacy and specificity of pharmacological therapies for behavioral disorders in persons with mental retardation. Clin Neuropharmacol, 1993;16:271-94.
4. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, 1992.
5. Guillen C. Intervención conductual en el retraso mental, en Salvador L, Retraso mental y enfermedad psiquiátrica: evaluación, tratamiento y servicios. Monografías en Neurociencias n.º 4, Neurociencias, Barcelona Ed; 1995.
6. Miller E. Formación laboral: aspectos clínicos y evaluación en Salvador L, Retraso mental y enfermedad psiquiátrica: evaluación, tratamiento y servicios. Monografías en Neurociencias n.º 4, Neurociencias, Barcelona Ed; 1995.
7. Catálogo de Medicamentos. Madrid; Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid, 1997.
8. Dopheide JA, Sleep Disorders, en Young LLY, Koda-Kimble MA Applied Therapeutics: The Clinical Use of Drugs, 6.ª ed, Applied Therapeutics Inc, Vancouver, 1995.

9. Marken PA, Stanislav SW. Schizophrenia, en Young LLY, Koda-Kimble MA Applied Therapeutics: The Clinical Use of Drugs, 6.^a ed, Applied Therapeutics Inc, Vancouver, 1995.
10. Grimsley SR Anxiety Disorders, en Young LLY, Koda-Kimble MA Applied Therapeutics: The Clinical Use of Drugs, 6.^a ed, Applied Therapeutics Inc, Vancouver, 1995.
11. Kaplan HI, Sadok BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry, 7.^a ed, Williams-Wilkins, Baltimore, 1994.
12. Díaz RJ, Hidalgo I. Guía de programas y actuaciones protocolizadas en la práctica clínica psiquiátrica. Mosby, Madrid, 1996.
13. Pary R. Psychoactive drugs used with adults and elderly adults who have mental retardation. Am J Ment Retard 1993;98:121-2.
14. Cooper SA. Epidemiology of psychiatric disorders in elderly compared with younger adults with learning disabilities. Br J Psychiatry 1997;170:375-80.
15. Day KA. Psychiatric disorder in the middle-aged and elderly mentally handicapped. Br J Psychiatry 1985; 147:660-7.
16. Aman MB, Sighn NN. Intervención Farmacológica. Siglo Cero, 1994;25:27-43.
17. Eyman RK, Widaman KF. Life-span development of institutionalized and community-bases mentally retarded revisited. Am J Ment Retard 1987;91:559-69.
18. Glick M, Zingler E. Developmental differences in the symptomatology of psychiatric inpatients with and without mild mental retardation. J Ment Retard 1995; 99:407-17.
19. Pary RJ. Discontinuation of neuroleptics in community-dwelling individuals with mental retardation and mental illness. Am J Ment Retard 1995;100:207-12.
20. Leonseguí I, Salvador L. Tratamiento psicofarmacológico, en Salvador L, Retraso mental y enfermedad psiquiátrica: evaluación, tratamiento y servicios. Monografías en Neurociencias n.º 4, Ed Neurociencias, Barcelona, 1995.
21. Salinas E, Sirvent M, Gallego M, García M, Muñoz MA, Sánchez MR, Valverde JA, Pol E. Evaluación del uso de antipsicóticos y antiparkinsonianos en pacientes crónicos institucionalizados. Farm Hosp 1995;19:137-44.
22. Carratalá A, Pol E, Sirvent M, Blasco P. Control de la terapia antiepiléptica en una población de personas con discapacidad psíquica. Revista O.F.I.L. 1994;4: 152-6.
23. Pooper ChW, Steingard RJ. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, en Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA Tratado de Psiquiatría. 2.^a ed, The American Psychiatric Press, Barcelona; Ancora, 1996.
24. Saklad JJ, Curtis JL Psychiatric disorders in children, adolescents, and people with developmental disabilities, Young LLY, Koda-Kimble MA, Applied Therapeutics: The Clinical Use of Drugs, 6.^a ed, Applied Therapeutics Inc, Vancouver, 1995.
25. Bates WJ, Smeltzer DJ, Arnoczky SM. Appropriate and inappropriate use of psychotherapeutic medication for mentally retarded persons. Am J Mental Retard 1986;90:363-70.
26. Linaker OM. Frequency of and determinants for psychotropic drug use in an institution for the mentally retarded. Br J Psychiatry 1990;156:525-30.
27. Martin JE, Agran M. Psychotropic and anticonvulsant drug use by mentally retarded adults across community residential and vocational placements. Appl Res Ment Retard 1985;6:22-49.
28. Burd L, Fisher W, Vesely BN, Williams M, Kerbeschian J, Leech C. Prevalence of psychoactive drug use among North Dakota group home residents. Am J Mental Retard 1991;96:119-29.
29. Buck JA, Sprague RL. Psychotropic medication of mentally retarded residents in community long-term care facilities. Am J Mental Retard 1989;93:618-23.
30. Stone RK, Álvarez WF, Ellman G, Hom AC, White JF. Prevalence and prediction of psychotropic drug use in California developmental centers. Am J Mental Retard 1989;93:627-32.
31. Tu J, Smith JT. Factors associated with psychotropic medication in mental retardation facilities. Comprehensive Psychiatry 1979;20:289-95.
32. Cañamares JM, Otero V, Lemus V, Hernán F. La medicación neuroléptica después de un programa de rehabilitación para enfermos mentales crónicos. Psiquis 1995;16:60-3.
33. Kirman B. Drug therapy in mental handicap. Brit J Psychiatr 1975;127:545-9.
34. Rovner BW, Edelman BA, Cos MP, Shmueli Y. The impact of antipsychotic drugs regulations on psychotropic prescribing practices in nursing homes. Am J Psychiatry 1992;149:1390-2.
35. Inoue F. A clinical pharmacy service to reduce psychotropic medication use in an institution for mentally handicapped persons. Mental Retard 1982;20: 170-6.
36. James DH. Monitoring drugs in hospitals for the mentally handicapped. Brit J Psychiatr, 1983;142:163-5.
37. White AJR. Changing patterns of psychoactive drug use with mentally retarded. NZ Med J 1983;96:686-8.
38. Glaser BA, Moreau LE. Effects of interdisciplinary team review on the use of antipsychotic agents with severely and profoundly mentally retarded persons. Am J Mental Deficiency 1986;90:371-9.
39. Briggs R. Monitoring and evaluating psychotropic drug use for persons with mental retardation: a follow-up report. Am J Mental Retard 1989;93:633-9.
40. Poindexter AR. Psychotropic drug patterns in a large ICF/MR facility: a ten-years experience. Am J Mental Retard 1989;93:624-6.
41. Wressell SE, Tyrer SP, Berney TP. Reduction in antipsychotic drug dosage in mentally handicapped patients, a hospital study. Br J Psychiatry 1990;157:101-6.
42. Hancock RD, Weber SL, Kaza R, Her KS. Changes in psychotropic drug use in long-term residents of an ICF/MR facility. Am J Mental Retard 1991;96:137-41.
43. Spreatt S, Serafin CH, Behar D, Leiman SH. Tranquilizer reduction trials in a residential program for persons with mental retardation. Hospital and Community Psychiatr 1993;44:1100-2.
44. May P, London EB, Zimmerman T, Thompson R, Mento T, Spreatt S. A study of the clinical outcome of patients with profound mental retardation gradually withdraw from chronic neuroleptic medication. Ann Clin Psychiatry 1995;7:155-60.
45. Branford D. Antipsychotic drugs in learning disabilities (mental handicap). Pharmac J 1997;258:451-6.

Anexo 1

Paciente:			N.º S.S.:	Ficha n.º:
<i>Centro</i> San Rafael <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/>	Edad: años Peso: kg Talla: cm	<i>Sexo</i> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	<i>Retraso mental</i> Leve <input type="checkbox"/> , moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> , profundo <input type="checkbox"/>	
Plan de terapia ocupacional y/o lúdica: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Fecha ingreso:	
Diagnósticos psiquiátricos asociados, incluyendo problemas de conducta	1.º	2.º	3.º	4.º
Diagnósticos médicos y otros problemas de salud registrados en la historia	1.º	2.º	3.º	4.º
Medicación actual				
Medicamento	Dosis, frecuencia y vía	Fecha inicio	Motivo	Grup Anat-Terap
1.º				
2.º				
3.º				
4.º				
5.º				
6.º				
7.º				
8.º				
9.º				
10.º				
Resumen				
Toma fármacos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Toma psicofármacos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Toma antiepilépticos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Toma medicación somática Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
N.º de fármacos:	N.º de psicofárm:	N.º antiep:	N.º otros fármacos:	
Uso de psicofármacos				
Toma ans-hip: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	N.º de ansiol-sed-hip diferentes:	Dosis equiv. mg DZP		
Toma antipsicóticos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	N.º de antipsicóticos diferentes:	Dosis equiv. mg CPZ		
toma antidepresivos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	N.º de antidepresivos diferentes:	Toma litio Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dosis de litio:	
Otras características				
Diagnóstico dual: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Deficiencia sensitivo-motora Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Padece epilepsia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Observaciones:	
Ficha cumplimentada por:			Fecha cumplimentación:	