

Casos clínicos:

Psicosis, Discapacidad intelectual y trastornos conductuales: enfoque biopsicosocial

Daniela Prieto¹, Francisco Díaz¹, Yasna Astorga¹, Javier Estay¹

Resumen

Caso Clínico:

Mujer, 23 años. Discapacidad intelectual. Asiste a colegio especial (no lee ni escribe). Institucionalizada. Motivo de ingreso: Paciente ingresa en octubre del 2017 traída por carabineros por ser encontrada en la calle bajo el efecto de múltiples sustancias, con ideación suicida. Días antes fue expulsada del hogar por agresión a cuidadoras.

Diagnósticos de ingreso: Discapacidad intelectual moderado. Síndrome suicidal, Trastorno por dependencia a drogas. ¿Esquizofrenia hebefrénica?

Evolución: Mantiene desajustes conductuales severos fluctuantes, con serias dificultades para manejar la rabia, lo que la lleva a tener conductas hetero y autoagresivas.

Plan de tratamiento: Farmacológico (clozapina), Psicológico (TCC), Social (dispositivo adecuado post-alta). Clozapina para trastornos psicóticos en adultos con discapacidad intelectual. El principal riesgo de atribuir alguno de estos comportamientos a una supuesta "psicosis", es el de "medicalizar" y tratar de forma poco acertada. Es importante descartar factores ambientales y del aprendizaje (hábitos y conductas aprendidas, institucionalización, reacciones ante el estrés agudo.)

La prevalencia de abuso y dependencia de sustancias en población con DI va desde el 0,5% al 2,6%. Lo cual es menor que la población general. Pacientes con DI y dependencia a drogas se asocia a otras enfermedades psiquiátricas (42-54%).

Se ha informado que las personas con discapacidad intelectual en América Latina a menudo están institucionalizadas y escondidas de la sociedad en instalaciones deficientes y superpobladas.

Palabras claves: Discapacidad intelectual, Psicosis, Clozapina, Trastorno por dependencia a drogas, enfoque biopsicosocial

Psychosis, intellectual disability and behavioral disorders: biopsychosocial approach

Summary

Clinical Case:

Female, 23 years old. Intellectual disability. He attends a special school (she does not read or write). Institutionalized. Reason for admission: Patient enters in October 2017 brought by police officers to be found in the street under the effect of multiple substances, with suicidal ideation. Days before she was expelled from the home because of assaulting caregivers.

Admission diagnoses: Moderate intellectual disability. Suicidal syndrome, Disorder due to drug dependence. Hebefrenic schizophrenia?

Evolution: Maintains fluctuating severe behavioral imbalances, with serious difficulties in managing rage, which leads to hetero and self-aggressive behaviors.

Treatment plan: Pharmacological (clozapine), Psychological (CBT), Social (adequate post-hospitalization discharge device). Clozapine for psychotic disorders in adults with intellectual disabilities. The main risk of attributing some of these behaviors to a supposed "psychosis" is that of "medicalizing" and dealing inappropriately. It is important to rule out environmental and learning factors (habits and behaviors learned, institutionalization, reactions to acute stress.

The prevalence of substance abuse and dependence in the population with ID ranges from 0.5% to 2.6%. Which is less than the general population. Patients with ID and drug dependence are associated with other psychiatric illnesses (42-54%).

It is reported that people with intellectual disability in Latin America are often institutionalized and hidden from society in poor and overcrowded facilities.

Key words: Intellectual disability, Psychosis, Clozapine, Drug dependence disorder, biopsychosocial approach

1. Equipo sector 8. Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Caso Clínico

Nombre: Jazmín C. C. 23 años. Discapacidad intelectual. Asiste a colegio especial (no lee ni escribe). Institucionalizada. Padres separados, 2 hermanas mayores.

Fuente de información: Datos se obtienen de la paciente, ficha clínica, informes de hogares y de abuela paterna.

Motivo de ingreso: Paciente ingresa en octubre del 2017 traída por carabineros por ser encontrada en la calle bajo el efecto de múltiples sustancias, con ideación suicida. Días antes fue expulsada del hogar por agresión a cuidadoras.

Diagnósticos de ingreso a sector:

- Síndrome suicidal
- Trastorno por dependencia a drogas
- ¿Esquizofrenia hebefrénica?
- Retardo mental moderado
- Trastorno por descontrol de impulsos
- Obesidad
- Institucionalizada

Antecedentes psiquiátricos:

- Historia de trastorno por descontrol de impulsos severo desde la infancia.
- Múltiples hospitalizaciones:
- 2 hospital Clínico Félix Bulnes C. (2009)
- Clínica Santa Amalia
- Instituto Psiquiátrico (2011), en la que se inicia clozapina la que se mantiene hasta inicios del 2016.
- (4) instituto Psiquiátrico (2016)
- Instituto Psiquiátrico (2017)

Consumo de sustancias: Policonsumo. Ocasional, cuando se escapa del hogar.

Antecedentes médicos: Obesidad, G1P0A1, uso de DIU

Antecedentes familiares: Madre consumo de múltiples drogas

Historia social: Padres separados, Asume cuidado abuela paterna, único familiar cercano. Institucionalizada tempranamente. Víctima de violencia verbal, física y sexual desde la infancia. Debido a desajustes conductuales, múltiples traslados de hogares.

Evolución: Mantiene desajustes conductuales severos fluctuantes, con serias dificultades para manejar la rabia, lo que

la lleva a tener conductas hetero y autoagresivas. Actualmente se encuentra con EA, AA, beta-bloqueadores. Se ha ajustado la terapia sin cambios importantes.

Se realizan intervenciones de Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Plan de tratamiento:

1. Farmacológico: clozapina
2. Psicológico: TCC
3. Social: dispositivo adecuado post-alta

Discusión

Definición de la discapacidad intelectual:

"Discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo expresado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas "que se manifiesta antes de la edad de 21 años (American Association on Mental Retardation, 2008)

Epidemiología

A nivel mundial se señala que la DI es frecuente, con un alto impacto en el funcionamiento individual y una prevalencia aproximada de 1-4%. (Frey GC, 2008)

Se ha informado que las personas con discapacidad intelectual (DI) en América Latina a menudo están institucionalizadas y escondidas de la sociedad en instalaciones deficientes y superpobladas, muchas de las cuales son operadas por agencias no gubernamentales con poca supervisión y regulación.

“Caso social”

A pesar de estar disminuyendo, las desigualdades en la atención de personas con DI persisten hasta la fecha, sobre todo en Europa Oriental. Estas desigualdades superan las diferencias encontradas en otros sectores de la salud, por lo tanto, la asistencia sanitaria para estas personas debe ser un eje prioritario dentro de las políticas de atención sanitaria en Europa. (Salvador-Carulla L, 2009)

Chile ha establecido una de las economías de más rápido crecimiento en la región, sin embargo, el alcance del apoyo gubernamental para las personas con DI no está claro, porque no hay una agencia central responsable de estos ciudadanos. Esta falta de acción sugiere que las necesidades de esta población son no es una alta prioridad para el gobierno en este país. (Frey GC, 2008)

Causas

Mejorar la detección de la DI implica también identificar sus posibles causas. En la mitad de los casos se identifican causas orgánicas y, en una sexta parte, alteraciones genéticas o cromosómicas. En 30 a 60% de las personas diagnosticadas con DI no puede identificarse una causa. (Márquez-Caraveo Ma. Elena, 2011)

Las causas que la originan, de un 30 a un 50 % son de origen genético, un 15 % de origen ambiental, y en el resto no se puede precisar una etiología.

Predominó la etiología prenatal, y dentro de este grupo etiológico la prenatal genética. La hipoxia y la prematuridad fueron los factores ambientales, relacionados con el parto, más frecuentes observados. Las sepsis del sistema nervioso central y los traumas constituyeron las causas postnatales de mayor frecuencia. (Taboada Noel, Bravo Odalys, 2011) (Figura 1)

Figura N°1
Causas

Prenatales	Perinatales	Postnatales
Genéticas (25%)	Pretérmino	Traumatismo
Infecciones	Hipoxia	Hemorragia cerebral
Malformaciones	Infección	Infecciones del SNC
Hipotiroidismo congénito	Trauma	Toxinas medioambientales.
Toxinas (drogas, alcohol)	Hemorragia intracranial	

Clasificación

Es importante diagnosticar la DI o RM, pero además de la evaluación del coeficiente intelectual y del nivel adaptativo, es imprescindible la evaluación del funcionamiento de las personas que la sufren, tomando en cuenta no sólo su condición de salud (trastorno o enfermedad), sino también sus funciones y estructuras corporales, sus actividades y participación en la comunidad, sin olvidar el contexto en el que se encuentran (Márquez-Caraveo Ma. Elena, 2011)

Clínica

En las personas con discapacidad intelectual podemos observar los mismos tipos de trastornos mentales que en las personas con función intelectual normal. La dificultad, estribará en su identificación para, posteriormente, abordarlos.

Estudio muestra aumento de prevalencia de EQZ en pacientes con DI, en relación con la población general. El aumento del riesgo de padecer EQZ de manera comórbida sería, alrededor de 3 veces más que en población general. La dificultad para realizar diagnóstico de EQZ en el contexto de paciente RM, genera un sub-diagnóstico de la enfermedad. (Aman, H. (2016).

La esquizofrenia es más frecuente en adultos con discapacidad intelectual (1,3 a 3,7%) que en la población general (0,5 a 1%). En España, desarrollados en centros ocupacionales, indican que la coexistencia entre DI y enfermedad mental oscila entre el 20 y el 35% en las personas afectadas, los más frecuentes siendo los trastornos de tipo psicótico. (Galán Laura, 2012)

Los síntomas psicóticos que aparecen en el retraso mental pueden diferir de los que aparecen en la población general, siendo difíciles, por no decir imposibles, de diagnosticar cuando los individuos son incapaces de "poner en palabras" experiencias complejas como el pensamiento deshilachado o escuchar voces.

Trigo Campoy citó, "en la mayoría de los casos se constata una dificultad en dilucidar si el proceso es una discapacidad intelectual injertada en el curso de cuadros psicopatológicos graves o si aparece un cuadro psicopatológico severo injertado en el cuadro de discapacidad intelectual". (Trigo Campoy, 2011)

Algunas veces los trastornos psicóticos se presentan por primera vez como un cambio en el comportamiento de la persona. Pueden aparecer conductas extrañas con relación al comportamiento anterior del sujeto, o puede darse un incremento o la aparición de la agresividad verbal o física, o un aislamiento social marcado.

El principal riesgo de atribuir alguno de estos comportamientos a una supuesta "psicosis", es el de "medicalizar" y tratar de forma poco acertada.

Es importante descartar factores ambientales y del aprendizaje (hábitos y conductas aprendidas, institucionalización, reacciones ante el estrés agudo). (Novell Ramón, 2002).

Rafael Martínez-Leal, en su muestra con DI presentó 25 veces más casos de epilepsia y el doble de obesidad. Un 20% presentó dolor bucal, y existió una alta presencia de problemas sensoriales, de movilidad y psicosis. (Folch-Mas A, 2017)

Tratamiento

La condición médica de mayor impacto la constituyen los problemas de tipo psiquiátrico. A este respecto se sabe que los niños con DI tienen tres a cuatro veces mayor riesgo de de-

sarrollar psicopatología y de sufrir explotación y/o abuso físico y sexual.

Por último, numerosísimos factores sociales como el rechazo, la disminución de oportunidades, los abusos, los marcados cambios de cuidadores, las institucionalizaciones y un largo etcétera, desgraciadamente muy presentes entre las personas con discapacidad intelectual, resultan obvios factores de incremento de la vulnerabilidad a padecer una enfermedad mental.

Respecto a la intervención farmacológica en los problemas psiquiátricos asociados, es necesario puntualizar que los fármacos no curan la DI, pero representan un gran apoyo, especialmente si su uso se combina con técnicas psicológicas específicas (ej. modificación conductual). (Márquez-Caraveo Ma. Elena, 2011) (Figura 2 Y 3) Revisa el plan de tratamiento, 2 ámbitos en que esta paciente preocupa:

Figura N°2
Datos mínimos de la discapacidad intelectual
(Márquez-Caraveo ME, 2018)

Componentes	Categorías
<i>Parte 1: Funcionamiento y discapacidad</i>	
Funciones corporales (b)	b 117 Funciones intelectuales b 164 Funciones cognitivas superiores
Estructuras corporales (s)	s 110 Estructura del cerebro
Actividades y participación (d)	d 175 Resolver problemas d 177 Tomar decisiones d 220 Llevar a cabo múltiples tareas d 240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas d 820 Educación escolar d 840 Aprendizaje (preparación para el trabajo) d 845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo d 870 Autosuficiencia económica d 940 Derechos humanos
<i>Parte 2: Factores contextuales</i>	
Factores ambientales e	e 1101 Medicamentos e 460 Actitudes sociales e 465 Normas, costumbres e ideologías sociales
Propuestas del grupo de trabajo de la Guía Clínica de Retraso Mental	

Abuso y dependencia de sustancias

"Diagnóstico triple": Discapacidad intelectual, enfermedad mental, abuso y dependencia de sustancias.

La prevalencia de abuso y dependencia de sustancias en población con DI va desde el 0,5% al 2,6%. Lo cual es menor que la población general. Pacientes con DI y dependencia a drogas se asocia a otras enfermedades psiquiátricas (42-54%) (Lin E, 2016)

Las personas con DI que son drogadictos comparten *algunos rasgos únicos*. Como grupo, tienden a comenzar a beber alcohol un par de años más tarde que sus compañeros sin Discapacidad. Es *menos probable que busquen ayuda para su problema*, e incluso cuando lo hacen, los recursos que son útiles para el público en general no llegan a satisfacer sus necesidades. Además, este grupo tiene un *mayor riesgo de complicaciones por el consumo de alcohol* porque se suelen recetar medicamentos para otras afecciones, como convulsiones, trastornos metabólicos y enfermedades mentales concurrentes que pueden interactuar negativamente con el alcohol y las drogas.

En comparación con los jóvenes en la escuela convencional, se notaron niveles más altos de comportamientos asociados con el consumo de drogas, incluido el comportamiento antisocial, el desafecto con la escuela y la mala comunicación con sus padres / tutores. (Quintero María. 2011) (Slayter Elspeth., 2009) (Strain, E., (1993).

Tratamiento

Farmacológico: Los fármacos que la bibliografía recomienda incluyen los antipsicóticos atípicos como agentes que aminoran los síntomas de *excitación psicomotriz, de automutilación y de agresividad*.

Los antipsicóticos se utilizan para el *tratamiento de los trastornos psicóticos* y otros cuadros como el síndrome de la Tourette o el trastorno por tics. Así mismo se utilizan con frecuencia para el control de la conducta agresiva, la conducta autoagresiva y otros trastornos de conducta severos que no responden a otras estrategias de intervención (en este caso es aún más importante la monitorización del tratamiento, pues si no es efectivo debe retirarse). Entre ellos hay muy diversos tipos. El más utilizado entre los denominados antipsicóticos típicos es el *haloperidol*. Entre los nuevos neurolépticos, o atípicos, el que se utiliza con más frecuencia por su eficacia en diversas indicaciones en personas con discapacidad intelectual es la *risperidona*. Entre estos agentes también destaca la *clozapina*, muy útil en cuadros de esquizofrenia resistentes. (Consejería de asuntos sociales. 2011)

Figura N°3
Intervención psicosocial en la DI
(Márquez–Caraveo Ma. Elena, 2011)

Tipos de Intervención	Focos de Intervención
Técnicas del Análisis Conductual Aplicado (ACA)	- Disminución de conductas inapropiadas: autoagresión, agresión a otros, pica, impulsividad
Terapia Cognitiva Conductual (TCC)	- Problemas emocionales (ansiedad y depresión) y control de enojo.
Terapia de ocupacional	- Formación de capacidades sociales, aspectos del ambiente y del contexto
Terapia de comunicación y de lenguaje	- Mejora las estrategias de comunicación y del manejo del lenguaje (expresivo, receptivo y escrito)
Educación especial	- Disminuir la barrera para el aprendizaje y la participación
Intervenciones que integran salud, participación y contexto.	- Promover la inclusión social y la integración educativa.
	Modelos Integrales: - Modelo CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. - Modelo AAIDD. American Association in Intellectual and Development Disabilities.

En Clozapina para trastornos psicóticos en adultos con discapacidad intelectual, Ayub M, sostiene: El presente estudio muestra que no existe evidencia que sugiera el uso de clozapina en pacientes psicóticos que además tengan algún DI. El grupo de pacientes RM con el uso de clozapina, podría ser más propenso a sus efectos secundarios (convulsiones).

En esta revisión se muestra además que no existen ensayos controlados aleatorios que se hayan realizado en pacientes psicóticos con DI usando clozapina, por lo que la información obtenida se extrapola de los pacientes controles. Sugiere la realización de RCTs en este grupo de pacientes para evaluar riesgo-beneficio. (Ayub M, 2015).

Psicológicos: Los estudios en el período de revisión continúan apoyando la eficacia de las intervenciones basadas en la función para conductas desafiantes como la agresión, el comportamiento auto agresivo y la destrucción de la propiedad.

Las intervenciones en el período de revisión incluyeron entrenamiento de comunicación funcional (FCT), elección de decisiones, refuerzo no contingente y extinción. En general, un tema identificado en varios de los estudios es que las bajas tasas de calidad o densidad del reforzador en el ambiente operan como eventos de configuración para la ocurrencia de conductas desafiantes. (Grey IM, 2005) (Tiger JH, 2008)

Bibliografía

1. Aman, H., Naeem, F., Farooq, S., & Ayub, M. (2016). Prevalence of non-affective psychosis in intellectually disabled clients: systematic review and meta-analysis. *Psychiatric genetics*, 26(4), 145-155.
2. American Association on Mental Retardation. (2008). Fact sheet: Frequently asked questions about mental retardation. Washington, DC: Author. Retrieved October 17, 2008, from http://www.aamr.org/Policies/mental_retardation.shtm
3. Ayub M, Saeed K, Munshi TA, Naeem F. Clozapine for psychotic disorders in adults with intellectual disabilities. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 23;(9):CD010625.
4. Consejería de asuntos sociales. DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SALUD MENTAL. Imprime: BOCM. 2ª Edición. 2011
5. Folch-Mas A, Cortés-Ruiz MJ, Vicens Calderón P, Martínez-Leal R. Health profiles in people with intellectual developmental disorders. *Salud Publica Mex*. 2017 Jul-Aug;59(4):400-407
6. Frey GC, Temple VA. Health promotion for Latin Americans with intellectual disabilities. *Salud Publica Mex*. 2008;50 Suppl 2:s167-77. Review.
7. Galán Laura, Discapacidad intelectual: Enfoque multidimensional y sistema de apoyos Centro Hospitalario Benito Menni. Elizondo (Navarra). mar-abr 2012 En: www.zonahospitalaria.com/discapacidad-intelectual-enfoque-multidimensional-y-siste.
8. Grey IM, Hastings RP. Evidence-based practices in intellectual disability and behaviour disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2005 Sep;18(5):469-75.
9. Lin E, Balogh R, McGarry C, Selick A, Dobranowski K, Wilton AS, Lunsky Y. Substance-related and addictive disorders among adults with intellectual and developmental disabilities (IDD): an Ontario population cohort Study. *BMJ Open*. 2016 Sep 2;6(9):e011638
10. Márquez-Caraveo ME, Zanabria-Salcedo M, Díaz-Pichardo JA, Arciniega-Buenrostro L et al. Guía de retraso mental. En: Ulloa R, Fernández C, Gómez H, Ramírez J, Reséndiz J (eds). Guías clínicas. Hospital Psiquiátrico Infantil «Dr. Juan N. Navarro». México D.F.: 2010; pp. 239-265. Consultado en http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav_guias9.pdf&embedded=true&chrome=true el 13-MARZO-2018
11. Márquez-Caraveo Ma. Elena, Zanabria-Salcedo Martha, Pérez-Barró, Verónica, Aguirre-García Elisa, Arciniega-Buenrostro Lucía, Galván-García Carlos S. Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental* 2011;34:443-449.
12. Novell Ramón, Rueda Pere, Luis Salvador Carulla. Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores. Editorial FEAPS. Barcelona, septiembre de 2002.
13. Quintero María. Substance Abuse in People With Intellectual Disabilities. *Social Work Today*. July/August 2011. Vol. 11 No. 4 P. 26
14. Salvador-Carulla L, García-Gutierrez JC. Healthcare in intellectual disabilities: Europe outside the UK. *Psychiatry* 2009;8(11):453-456. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.07.008>
15. Slayter Elspeth, Steenrod Shelley A Addressing Alcohol and Drug Addiction Among People With Mental Retardation in Nonaddiction Settings: A Need for Cross-System Collaboration. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9:71-90, 2009
16. Strain, E., Buccino, D., Brooner, R., Schmidt, C., & Bigelow, G. (1993). The triply diagnosed: Patients with major mental illness, cognitive impairment and substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 585-587
17. Taboada Noel, Bravo Odalys, Licea María Amanda, Odelinda Acosta, Osvaldo Pérez, Rosario Díaz, Luis José Rodríguez, Antonio Bacallao, Keiler Arnaldo González, Nelson Morales del Castillo. Discapacidad intelectual. Aproximación a las principales causas en el Estado Plurinacional de Bolivia. *Rev Cubana Genet Comunit*. 2011;5(2-3):50-56
18. Tiger JH, Hanley GP, Bruzek J. Functional communication training: a review and practical guide. *Behav Anal Pract*. 2008 Spring;1(1):16-23.
19. Trigo Campoy, Amanda; Yebra Rotger, Magdalena; Ruiz de la Hermosa Gutiérrez, Laura; Bañón González, Sara María; Vanesa Pastorelli, Romina. ¿Psicosis mental injertada o retraso mental? A propósito de un caso. *Psiquiatría.com*. 2011; 15:40. En: <http://hdl.handle.net/10401/4360>