

A. Agüero Juan¹
J. Marín²
C. Agüero¹

Estudio de una muestra de
trastornos afectivos en jóvenes
adultos con retraso mental

1 Prof. Titular de Psiquiatría, Valencia
2 Convaser, Valencia

*Study of affective disorders in a
sample of young adults with
mental retardation*

RESUMEN

Consideraciones teóricas acerca de la importancia de establecer un diagnóstico dual en jóvenes adultos con retraso mental y más concretamente sobre los trastornos afectivos. Se estudia una población de 96 jóvenes adultos con retraso mental límite, leve y moderado mediante la escala WAIS, en edades que no exceden los 40 años y que son atendidos en régimen de internado y/o media pensión, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio-bajo en su mayoría. De ellos el 67% presentan un trastorno psiquiátrico claramente definido, de los cuales el 9,4% son trastornos del estado de ánimo.

PALABRAS CLAVE

Retraso mental; Diagnóstico dual; Trastornos afectivos; Jóvenes adultos.

ABSTRACT

Theoric considerations about the importance of establishing a dual diagnostic in young adults with mental deficiency, and more specifically on affective disorders. It is studied on a sample of 96 young adults with limit, light and moderate mental deficiency through the WAIS, in ages which do not exceed 40 years old, and who are attended as full or half board pensioner, belonging mostly to a medium-low social-economical level. 67% show a clearly defined psychiatric disorder, and 9.5% are mood disorders.

KEY WORDS

Mental deficiency; Dual diagnostic; Affective disorders; Young adults.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico del retraso mental entraña, al tiempo, un bajo nivel intelectual, que según su intensidad define los distintos grados (leve, moderado, severo, profundo) y un deficitario funcionamiento social. Su etiología es muy variada (lesión cerebral, alteraciones genéticas, metabólicas, privación social...) y por tanto poco homogénea con vistas a considerarla como origen de trastornos psiquiátricos específicos. Es conocida su prevalencia, que oscila del 1-3%, así como el hecho de presentar un mayor riesgo de morbilidad general, y una mayor presencia de hándicaps variados (déficits sensoriales y de lenguaje trastornos neurológicos, epilepsia...). No es sorprendente por tanto, como se ha puesto en evidencia en la década de los ochenta, el elevado riesgo que los jóvenes y adultos con R.M. tienen para padecer trastornos psiquiátricos, por cuanto durante bastante tiempo el diagnóstico de R.M. ha supuesto una gran pantalla que ocultaba a médicos, padres y administración estas patologías psiquiátricas que eran atribuibles al diagnóstico principal y a las que no se prestaba especial atención en el plano diagnóstico ni en el terapéutico. De hecho, las clasificaciones diagnósticas multiaxiales reservan un eje para los déficits intelectuales, diferente del eje de diagnóstico clínico.

En la década de los ochenta se ha estudiado a fondo el problema de los diagnósticos duales en personas con R.M. llegándose a la conclusión de que las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos son de 2,5 a 7 veces superiores a la población normal. Diagnóstico que conviene diferenciar de las conocidas conductas maladaptativas que en general suponen de un 20-40% y que motivan gran parte de los programas de modificación de conducta. Se trata en términos generales de conductas maladaptativas (dejar de controlar esfínteres, ignorar las normas de convivencia), disruptivas (arrojar objetos, gritar...), destructivas (auto-hetero agresión).

Estos diagnósticos duales suponen un cambio en la sensibilidad frente a este problema; de esta forma los profesionales estarán más atentos para realizar los diagnósticos concretos y establecer las terapéuticas adecuadas, los padres y familiares estarán más alerta ante las posibles modificaciones conductuales y en definitiva la administración deberá habilitar nuevos recursos ante esta nueva situación planteada y que no tiene una cobertura adecuada en los espacios específicos en donde se les trata habitualmente (colegios, talleres, familia).

Tabla 1 Diagnósticos duales según diversas fuentes

Chess (1971)	60%
Dyggve, Kodahs (1979)	80%
Koller (1983)	59%
Richarson (1985)	45%
Menolascino (1984)	50%
Bouras (1988)	40%
Rutter (1975)	40%

Datos epidemiológicos

Parson y Menolascino (1984), encuentran un 50% de trastornos psiquiátricos de los que un 8-15% eran especialmente graves en una población de R.M. institucionalizados. Cifras similares obtiene Rutter en los estudios epidemiológicos de la Isla de Wight y que ascendían a 30-40% en población ambulatoria. En las tablas 1 y 2 se sintetizan los hallazgos encontrados.

Factores que influyen en la clínica de los diagnósticos duales

1. En el R.M. existen una serie de factores que dificultan la entrevista clínica y por tanto el proceso diagnóstico, como es el déficit intelectual, pues supone una limitación del pensamiento abstracto, de la comunicación verbal y de la capacidad de observar y describir su propia conducta así como sus estados emocionales. Ello dificulta la transmisión mediante el mensaje verbal de las diversas quejas subjetivas, así como la posibilidad de utilizar escalas autoadministradas. Esta situación se ve notablemente agravada en los casos en donde no existe lenguaje.

2. Existen grandes modificaciones patoplásticas en cuanto a la expresividad de los cuadros clínicos, debido por una parte a:

- Los déficits psicosociales, que impiden al niño con R.M. llevar una evolución madurativa, de relaciones interpersonales y de aprendizajes similares al niño normal. Ejemplo de ello se observa en el enfermo "maníaco", que cursa sin la "grandiosidad" que acompaña a ese trastorno en el sujeto normal. Menolascino (1986), comentaba que "(...) cuando una persona normal tiene una fase maníaca, piensa que es Dios. Cuando esto ocurre en un R.M. piensa que no es retrasado...".

Tabla 2 Enfermedad psiquiátrica grave

Moller (1965)	10%
Haracopos (1975)	20%
Menolascino (1977)	15%
Dyggve, Kodahs (1979)	10%
Reiss (1985)	10,2 %
Sharon (1990)	10%

- Cuando un R.M. sufre un trastorno afectivo agudo, y bajo el impacto del estrés emocional, se registra un fenómeno de deterioro cognitivo transitorio. Como consecuencia de ello se pueden comprender la gran frecuencia de fenómenos alucinatorios visuales en pacientes maníacos e incluso depresivos, basándose en la hipótesis de que el R.M. presenta serias dificultades para modular los efectos negativos.

3. Se observa una exageración de las conductas habituales, por el efecto del trastorno psiquiátrico, observándose de esta manera un aumento de las conductas maladaptativas (p.e. auto y/o heteroagresiones) al desarrollarse un mecanismo de demanda de atención y de rechazo. Así en la fase "maníaca" se incrementa el nivel ya preexistente de "distraibilidad, entrometimiento, pobreza de juicio...".

Trastornos afectivos en R.M.

En un primer acercamiento al estudio de la patología psiquiátrica en personas con R.M. llama poderosamente la atención que el diagnóstico de psicosis esquizofrénica y en consecuencia el tratamiento con neurolépticos, se encuentra sobre-representado y en tasas muy superiores a lo que ocurre en la población normal. Mientras que los trastornos por ansiedad del humor y de la personalidad se diagnostican en menor proporción siendo en consecuencia menores los estudios sistematizados sobre antidepresivos y ansiolíticos. Destaca igualmente el hecho de no encontrar diferencias significativas en cuanto a la relación entre el diagnóstico y el sexo, a diferencia de lo que ocurre en la población general en donde los trastornos depresivos, la agorafobia, y las fobias simples son más prevalentes en mujeres, mientras que las conductas antisociales y las toxicomanías lo son en varones. Estos datos son puestos en evidencia por un estudio realizado por Jacobson y Janicki⁽¹⁾ sobre una población de 42.479 R.M. estudia-

dos entre 1979-1986, mediante el DDIS (Developmental Disabilities Information System).

Estudios realizados en poblaciones de R.M. institucionalizados, se aprecia que entre el 51% de Lipman⁽²⁾ 60% Marker (1975) y 64% Sprage (1976) utilizan medicaciones psicotrópicas, que a su vez se desglosan en las siguientes proporciones: tranquilizantes mayores (Tioridazina, Clorpromazina) 60%, picoestimulantes 19%, tranquilizantes menores 8% y antidepresivos 7%.

Lo cual corrobora el hecho de la mayor utilización de neurolépticos (quizá sobre-utilización), mientras que los antidepresivos son poco utilizados (quizá infra-utilizados).

En general los más de 170 estudios revisados críticamente por estos autores ponen en evidencia dos circunstancias: el escaso número de estudios sobre el uso de psicofármacos en R.M. ambulatorios, que no llegan al 17% y la baja calidad metodológica que preside estos trabajos: falta de estudios doble-ciego, no comparaciones con placebo, no uso de escalas de evaluación, no adecuados tratamientos estadísticos.

Se puede afirmar que no existe una patología psiquiátrica específica del R.M., aunque se estima que en los R.M. ligeros se encuentra una patología similar a la de la población normal. En R.M. moderados y debido a sus mayores dificultades adaptativas se aprecia una mayor patología de la personalidad, quedando para los R.M. severos y profundos los trastornos de tipo orgánico (epilepsias, déficits sensoriales).

En R.M. leves y moderados el diagnóstico de "manía" o de "depresión" puede realizarse en general siguiendo los criterios DSM-III-R, si bien con algunas modificaciones ligeras basadas en una expresión clínica más amortiguada. Así en las fases maníacas no se manifiesta con tanta evidencia la "euforia" clásica, ni las "fugas de ideas", al tiempo que su humor no es tan "expansivo", y cursa sin la "grandiosidad" que acompaña a este trastorno en el sujeto normal. La gran frecuencia de fenómenos alucinatorios visuales en pacientes maníacos e incluso depresivos, basándose en la hipótesis de que el R.M. presenta serias dificultades para modular los afectos negativos y se incrementa el nivel ya preexistente de "distraibilidad, entrometimiento, pobreza de juicio". En las fases depresivas, expresan generalmente su afectividad deprimida en forma indirecta, suelen exteriorizar una mayor agresividad, muestran una mayor tendencia al aislamiento y expresan quejas somáticas, sin embargo no suelen verbalizar los sentimientos depresivos de desesperanza.

Ante las dificultades conceptuales y expresivas que tienen las personas con R.M. para comunicar sus sentimientos, se recomienda el uso de técnicas auxiliares de exploración como son el Psicodiagnóstico de Rorschach y el T.A.T de Murray. En el caso de los R.M. severos y profundos, aunque carezcan de lenguaje, existe la posibilidad de realizar el diagnóstico de trastorno afectivo basándose para ello en datos de observación de conducta y del funcionamiento vegetativo como son los niveles de actividad motora, la duración y patrones del sueño, los cambios en el apetito y en el peso corporal. A ello hay que añadir los antecedentes familiares de trastorno afectivo e incluso, aunque carece de especificidad, las respuestas positivas a los tratamientos antidepressivos y/o antimaníacos.

Criterios diagnósticos propuestos para pacientes con R.M. severo y profundo

Depresión

1. Trastorno del humor caracterizado por: tristeza, aislamiento, agitación.
2. Cuatro de los nueve siguientes ítems (tres si existen antecedentes depresivos en 1º grado).
 - Cambios en el sueño.
 - Cambios en apetito y/o peso.
 - Inicio o incremento de conductas auto-agresivas.
 - Apatía.
 - Inhibición psicomotora.
 - Pérdida de habilidades adquiridas (p.e. control de esfínteres)
 - Rigidez y/o estupor catatónico.
 - Llanto espontáneo.
 - Miedos.

Fase maníaca

1. Trastorno el humor caracterizado por: euforia, irritabilidad, excitabilidad.
2. Cuatro de los siguientes ítems (tres si existen antecedentes de historia bipolar en familiares de 1º grado).
 - Disminución del sueño.
 - Hiperactividad.
 - Curso bifásico.
 - Inicio o incremento de una distraibilidad severa.
 - Incremento de la frecuencia de verbalizaciones.
 - Inicio o incremento de la agresividad.
 - Inicio o incremento de conductas de incumplimiento de normas.

Se puede llegar a las siguientes conclusiones:

a) En poblaciones de personas con R.M. se dan los mismos T. afectivos que en la población normal, aunque su epidemiología no ha sido suficientemente aclarada⁽³⁾.

b) Matson⁽⁴⁾ llega a la conclusión de que los tratamientos psicofarmacológicos en personas con R.M. y trastornos afectivos son exactamente los mismos que en la población normal, aunque en estos casos y en vista de la gran utilidad de los tratamientos basados en programas de modificación de conducta, lo ideal sería la conjunción de ambas técnicas en un tratamiento balanceado. Preconiza la utilización de un buen instrumento diagnóstico como el P.I.M.R.A (Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults), basado en el DSM-III-R, que abarca los diagnósticos de Depresión, Esquizofrenia, Tr. psicosociales, Ansiedad, Somatoformes y de Personalidad.

Tratamientos con antidepressivos

Los antidepressivos tricíclicos han sido utilizados, además, en otros trastornos, con diferentes dosificaciones: enuresis nocturna; crisis de pánico; trastornos por déficit de atención con hiperquinesia como alternativa a los psicoestimulantes, terrores nocturnos; encopresis; síndromes de dolor crónico; profilaxis de la migraña. De todas formas la indicación principal es la de los tratamientos de los trastornos depresivos, para ello se recomienda la siguiente guía práctica: iniciar el tratamiento con bajas dosis 25-50 mg/día, hasta una dosis de 150-300 mg/día en adultos. El nivel plasmático ha sido determinado para algunos tricíclicos (Desimipramina, Nortriptilina), en otros la relación entre los niveles plasmáticos y la respuesta clínica es menos clara. Los niveles plasmáticos de imipramina óptimos se cifran entre 125-250 ng/ml, en el caso de la Nortriptilina oscilan entre 50-150 ng/ml. Por debajo de estos niveles no se encuentran diferencias significativas con el uso de placebos y por encima de ellos se encuentran los efectos tóxicos. En caso de acciones adversas cardiopulmonares se aconseja el uso de Doxepina, Maprotilina, Trazodona por su menor cardiotoxicidad. Existe poca información sobre el uso de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina, aunque por extrapolación a la utilidad que demuestran en la población de sujetos sin RM, todo hace pensar que se mostrarán igualmente eficaces y aportarán su menor cardiotoxicidad y en general sus menores efectos se-

162 cundarios. Las sales de litio encuentran similares indicaciones, así como las técnicas electroconvulsivas.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestra experiencia se basa en el estudio realizado sobre un total de 96 pacientes con retraso mental, siguiendo una metodología basada en el estudio del WAIS, DSM-III-R y la escala A.B.S. (Nihira).

Características de la muestra

- Varones: 61, 63,5%; mujeres: 35, 36,4%.
- Mayor frecuencia de varones, que se establece en una relación V/H de 2/1.

Nivel intelectual

- Límites 12, 125%
- Leves 45, 46,8%
- Moderados 39, 40,6%

La relación leves/moderados es de 1/1; no incluimos en este estudio R.M. severos ni profundos.

Edades en el momento del estudio

- 6-20 años n=14.....14,5%
- 21-25 años n=21..... 21,8%
- 26-30 años n=22 22,9%
- 31-39 años n=14..... 14,5%
- 36-40 años n=25..... 26%

Se trata de cinco intervalos de frecuencia equilibrados que oscilan entre el 14 y 22% y que abarcan desde los 16 a los 40 años de edad.

Régimen de atención

- Internado, 56; 58,3%
- En régimen total, 24; 25%.
- Entre semana, 32; 33,3%
- Media pensión, 40; 41,6%

Se encuentran equilibradas, casi a partes iguales, las cifras de ambos regímenes de atención.

Nivel socioeconómico

- Bajo, 61; 63,5%

Tabla 3 Características de los trastornos del humor

	T. Bipolar N=2	T. Depresivo mayor N=2	Distimia N=5
Varón	0	2	2
Mujer	2	0	3
Edades (años)	22-28	35-39	22-29-33-36-37
E. social alto	0	0	0
E. social medio	0	1	2
E. social bajo	2	1	3
Internado	1	1	4
Media pensión	1	1	1
C.I. Límite	0	0	1
R.M. Leve	2	2	2
R.M. Moderado	0	0	2
Eje III	Sí	Sí	Sí
Eje IV	4; 5	2-2	2-2-2-3-4
Eje V	50-70	80-80	75-80-80-80-80
Hospitalización	Sí (2 casos)	Sí (2 casos)	No
I. Suicidas	No	Sí (1 caso)	No
T. Antidepres.	Irregular	Favorable	Muy favorable

- Medio, 29; 30,2%
- Alto, 6; 6,25%

Como se aprecia el nivel socioeconómico total es en un 93,7% medio bajo.

RESULTADOS

Diagnóstico dual

El diagnóstico dual en nuestra muestra total es de un 67% agrupado de la siguiente manera:

- Grupo 1º. Esquizofrenia; T. delirante; T. psicóticos no clasificados en otros apartados; 8,5%
- Grupo 2º. Tr. del estado de ánimo; 9,4%
- Grupo 3º. Tr. de ansiedad; R. somatoformes; Tr. disociativos; 16,6%.
- Grupo 4º. Tr. de la personalidad; Tr. del control de impulso no clasificados en otros apartados; 13,5%
- Grupo 5º. Tr. sexuales; Tr. del sueño; Tr. fácticos; 5,2%
- Grupo 6º. Otros diagnósticos: orgánicos y por uso de psicotropos; 13,8%.

En los datos expuestos se observa un reparto bastante variado y uniforme de los distintos síndromes psiquiá-

tricos, en una proporción global elevada del 67% del total de los pacientes estudiados. En los 9,4% de los Tr. del Estado de ánimo encontramos las características que se especifican en la tabla 3.

Se consideran nueve casos clínicos: dos Tr. bipolares; dos Tr. depresivos mayores y cinco Distimias. Se describe su relación con el sexo; cinco mujeres por cuatro varones con edades comprendidas entre los 22 y 39 años y repartidas en un estrato social medio en tres casos y en seis casos en estrato bajo. De ellos seis en régimen de internado y tres a media pensión. Respecto al C.I. uno es límite, seis R.M. leve y dos R.M. moderado.

En el eje III, se aprecian anomalías en todos los casos:

- T. Bipolar: malformación del pabellón auricular, fibroma mamario extirpado.
- T. Depresivo mayor: fracturas a consecuencia de I.S., cirugía tras accidente.
- Distimia: alteraciones esqueléticas que precisan prótesis, epilepsia, alergia a penicilina y carcinoma de tiroides.

En el eje IV, encontramos situaciones graves o extremas: incesto padre-hijo en los T. Bipolares y en los demás diagnósticos prácticamente leve.

En el eje V, se da un GAF de 50, grave, y el resto se encuentra en límites normales.

Aparece una tentativa suicida grave, precipitación desde un 5º piso con fracturas múltiples, en T. Depresivo mayor.

Se hospitalizaron cuatro casos, en dos ocasiones por existir riesgo suicida y en otras dos por imposibilidad de manejo ambulatorio ni en el internado.

Los tratamientos con neurolépticos y antidepresivos tricíclicos fueron muy eficaces en trastornos distímicos y depresiones mayores lográndose mejorías en los T. bipolares en los que no se han llegado a utilizar las sales de litio.

Por encontrarse en régimen internado o a media pensión se han realizado en ellos programas de modificación de conducta.

CONCLUSIONES

Ante la gran importancia del diagnóstico dual en personas jóvenes y adultos con Retraso Mental y su elevada prevalencia, se hace precisa una sensibilización de profesionales y de la administración para diagnosticar, tratar y proveer adecuadamente de recursos.

- En personas con R.M. se observan todas las formas clínicas de los trastornos de humor, siendo diagnosticables siguiendo los criterios DSM-III-R, con ligeras matizaciones en R.M. leve y moderado. Se propone una reformulación para los R.M. severos y profundos.
- Estos trastornos son susceptibles de los mismos modelos terapéuticos en el plano psicofarmacológico (antidepresivos, sales de litio, técnicas electroconvulsivas) Se recomienda el uso de tratamiento balanceado en donde se muestran especialmente eficaces los planes de modificación de conducta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Jacobson JW. Do some mental disorders occur less frequently among persons with mental retardation? *American Journal on Mental Retardation* 1990;95:596-602.
- 2 Lipman RS, Dimascio A, Reating N, Kirson T. Drogas psicotrópicas y retardo mental infantil. En: *Psicofarmacología de los 30 años de progreso*. Barcelona: Lipman, Dimascio. ed. Espaxs S.A. 1982;131:1603-1616.
- 3 Sovner R. Limiting factors in the use of DSM-III-R criteria with mentally retarded persons. *Psychopharmacology Bulletin* 1986;22(4):1055-1059.
- 4 Matson J. Emotional problems in the mentally retarded: The need for assessment and treatment. *Psychopharmacology bulletin* 1985;21(2):258-261.
- 5 Wolkowitz. Use of the Dexamethasone suppression test with mentally retarded persons: Review and recommendations. *American Journal on Mental Retardation* 1990;94(5):509-514.
- 6 Vitiello B, Behar D. Mental retardation and psychiatric illness. *Hospital and community psychiatry* 1992;43(5):494-499.
- 7 Sovner R. Do the mentally retarded suffer from affective illness? *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:61-67.