

# 3. Fundamentos para la prescripción de medicamentos

## 3.1. Evaluación y formulación

El objetivo fundamental no es el tratamiento del problema de conducta en sí sino descubrir y tratar la causa subyacente del mismo. Sin embargo, como no siempre es posible descubrir la causa de un trastorno de conducta, la estrategia de tratamiento en este caso consistirá en minimizar el impacto del comportamiento en el paciente, en otras personas y en su entorno.

Puede haber diversas causas para los problemas de conducta, como la discapacidad intelectual o física. En la aparición de un trastorno de conducta contribuyen tanto los factores internos a la persona (experiencias infantiles negativas, estrategias erróneas de afrontamiento, etc.) como los externos (un entorno hipo o hiperestimulante, etc). En ocasiones el comportamiento problemático no es más que una vía de comunicación, como por ejemplo en el caso de personas con una discapacidad intelectual profunda que, si no saben hablar ni utilizar un lenguaje de signos, emiten gritos para expresar que padecen dolor y no pueden transmitir este mensaje de otro modo. En ocasiones un trastorno de conducta sirve a las personas con discapacidad intelectual para expresar lo que les gusta o lo que no.

Por ello, de manera previa al tratamiento de un trastorno de conducta es requisito fundamental realizar un estudio pormenorizado de las causas del comportamiento y de sus consecuencias, así como una formulación (véase Anexo 1). Para que la evaluación y la formulación sean correctas (véase Anexo 2), la información ha de obtenerse de distintas disciplinas y de las propias familias y tutores, para lo cual es recomendable elaborar el diagnóstico

mediante una formulación axial y multidimensional (véase DC-LD Reino Unido; RCPsych, 2001 y DM-ID, Estados Unidos; Fletcher et al, 2007). La evaluación incluirá aspectos personales, psicológicos, sociales, ambientales, médicos y psiquiátricos. La formulación se realizará incluso si el paciente no cuenta con diagnóstico médico o psiquiátrico. Según recomendaciones del programa institucional de psiquiatría para las personas de la WPA, el diagnóstico psiquiátrico previo al tratamiento con psicotrópicos podrá realizarse desde un enfoque centrado en la persona y con una evaluación ideográfica (Mezzich, 2007).

## 3.2. Información aportada por la persona con discapacidad intelectual y su familia y tutores

Una evaluación y formulación correctas dependerán de la información obtenida de la persona con discapacidad y de su familia y tutores. Dicha información se recogerá en todas las etapas del tratamiento. Es importante que la comunicación a la persona con discapacidad intelectual de toda la información disponible se realice de manera comprensible para ella, lo que puede suponer mayor tiempo y esfuerzo por parte de la persona que prescribe el tratamiento farmacológico y de las demás personas que constituyen el equipo multidisciplinario. Es posible que requiera también la aplicación de una metodología innovadora para que la información sea accesible, que incluya, por ejemplo, dibujos.

## 3.3. Información multidisciplinar

En el proceso de aplicación, puesta en marcha y control de las distintas posibilidades de tra-

tamiento será necesario contar con información multidisciplinar, lo que implica gran cantidad de recursos que pueden no estar disponibles en la fase de formulación inicial. Si se estima necesario habrá que intentar obtener esa información multidisciplinar necesaria en el proceso de tratamiento de trastornos de conducta.

#### 3.4. ¿Cuándo se considera la posibilidad de iniciar un tratamiento farmacológico?

Si existe una causa física o psicológica evidente al origen del problema de conducta, deberá tratarse adecuadamente. En caso de que se someta al paciente a un tratamiento farmacológico por un trastorno psiquiátrico subyacente se aplicarán las directrices adecuadas sobre el uso de medicación para el tratamiento de trastornos psiquiátricos (véase WPA, Mezzich, 2007; NICE, Reino Unido, [www.nice.org](http://www.nice.org), etc.).

Si no se aprecia trastorno psiquiátrico alguno se considerará el tratamiento no farmacológico en función de la formulación. En ocasiones se puede recetar medicación tras haber valorado las opciones de tratamiento no farmacológico, ya sea para aplicarse como tratamiento per se o como complemento a dicho tratamiento no farmacológico.

La implementación de una estrategia de tratamiento farmacológico o no dependerá de circunstancias individuales y por tanto escapa al objeto de estas directrices (véase Anexo 3). Sin embargo, se podrá proporcionar asesoramiento y mejorar factores ambientales y sociales mediante ocupaciones más agradables para pasar el día, con lo que será posible contribuir

a la mejora del bienestar psicológico del paciente y administrar de manera simultánea la medicación para disminuir su ansiedad. Esta estrategia se supervisará cuidadosamente de manera regular para verificar su eficacia, dado su carácter de solución temporal.

#### 3.5. Supervisión de la eficacia de la intervención

La supervisión de la eficacia del tratamiento se realiza de manera regular. Incluirá evaluaciones objetivas con información aportada por la persona con discapacidad intelectual y/o su familia y cuidadores, así como cualesquiera otras personas de diversas disciplinas implicadas en su tratamiento. Dicha evaluación consistirá, por ejemplo, en un control de conductas y de efectos secundarios, informes de la familia y cuidadores, reconocimiento médico directo del estado mental y físico, y si se estima necesario pruebas tales como análisis de sangre, electrocardiograma, etc.

Conviene identificar a una persona de referencia que recopile la información sobre la puesta en marcha del tratamiento, sus resultados y los efectos secundarios que haya podido tener, para que ejerza de mediador con los profesionales médicos. Asimismo conviene que esa misma persona supervise esta situación durante un determinado periodo de tiempo, para así poder dar continuidad y además contribuir al establecimiento de una relación terapéutica. Sin embargo, es importante en cada momento que la persona con discapacidad intelectual o sus familiares se muestren de acuerdo con la elección de esta persona de contacto y su implicación continuada.

En cada fase de supervisión se intentará valorar y reevaluar la formulación y el plan de tratamiento, con el objetivo de que la dosis de medicación prescrita sea la menor posible y durante el periodo de tiempo mínimo necesario. Asimismo se considerarán de manera regular estrategias para establecer un tratamiento no farmacológico y retirar la medicación.

### 3.6. Prescripción de medicamentos desde un enfoque centrado en la persona

El tratamiento de trastornos de conducta tendrá siempre un enfoque centrado en la persona. Dependerá del paciente y/o de sus cuidadores, que podrán influir en él en interés del paciente. Toda prescripción médica se realizará en el marco de un plan de atención sanitaria más amplio, centrado en la persona con discapacidad intelectual, y nunca de manera aislada.

Conviene tener en cuenta las creencias y actitudes de la persona con discapacidad intelectual o de sus cuidadores respecto al problema de conducta, las causas del mismo y la manera de afrontarlo. En algunos casos, puede mostrar preferencia por la aplicación de medicación por inyección frente a la vía oral, o los preparados solubles a las pastillas, u otras alternativas no farmacológicas que incluyan a profesionales de la salud locales o de tipo tradicional.

Algunos pacientes consideran que el tratamiento les permite participar en mayor medida en la familia y en la sociedad, aunque para otros puede dars precisamente lo contrario. El ritmo de la medicación se adaptará al horario laboral si es preciso. Algunos medicamentos están contraindicados para determinadas personas por sus efectos secundarios.

### 3.7. Comunicación / Información

Se explicará de manera clara el plan de tratamiento a la persona con discapacidad intelectual y/o a su familia y cuidadores. Se informará asimismo a los demás profesionales implicados en la atención a esta persona en función de sus necesidades informativas. Este proceso se revisará periódicamente. Para trasladar información sobre el tratamiento a la persona con discapacidad y a su familia o cuidadores puede ser necesario un especial cuidado y un enfoque innovador. En la medida de lo posible se fomentarán un método de comunicación basado en la evaluación del habla y del lenguaje.

### 3.8. Cumplimiento terapéutico

Se observará atentamente el cumplimiento terapéutico por parte del paciente. Diversos factores afectan la observación de las prescripciones médicas, entre otros, las expectativas sobre el tratamiento por parte de la persona con discapacidad intelectual o sus cuidadores y la dinámica de funcionamiento en el entorno familiar o de los cuidadores. En determinados casos, se recomienda realizar formación psicológica para contribuir a mejorar el cumplimiento terapéutico, especialmente para informar sobre las indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios del tratamiento.

### 3.9. Aspectos legales / Capacidad y consentimiento / Cuestiones morales

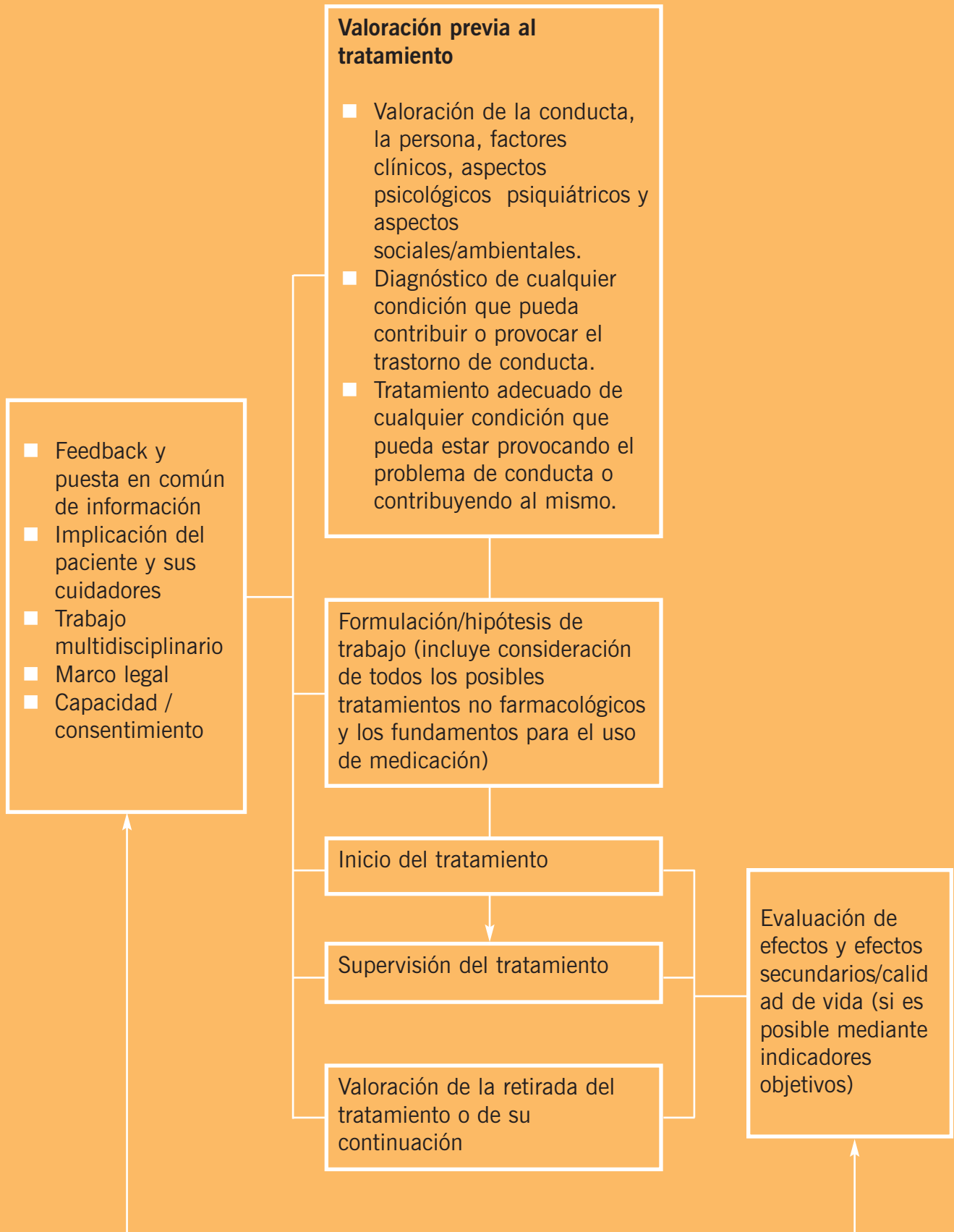
El tratamiento de problemas de conducta cumplirá con la normativa establecida en el marco legislativo nacional. Los profesionales de la salud estarán obligados a documentar debida-

mente la evaluación que hacen de la capacidad de consentimiento de la persona a la que prescriben un tratamiento. En caso de incapacidad del paciente, se buscará un acuerdo entre el equipo multidisciplinario y la familia o cuidadores de la persona con discapacidad intelectual para intentar satisfacer sus intereses. En algunos países se nombra a una persona que toma las decisiones en nombre del paciente incapacitado.

Deben tenerse en cuenta aspectos éticos tales como la administración de un tratamiento a una persona incapacitada sin que ésta lo sepa. En estos casos, y tras valorar el interés del paciente, el médico recurrirá a una decisión multidisciplinaria consensuada (considerando las opiniones de cuidadores o familiares próximos si se considera oportuno). Esta decisión se revisará periódicamente.

El gráfico 1 incluye los principales aspectos mencionados

Gráfico 1: Procesos fundamentales asociados a la utilización de medicamentos para el tratamiento de problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual



# ANEXO 1: Evaluación

(El siguiente listado no pretende ser exhaustivo, aunque presenta un esquema amplio. No todos los casos requerirán la evaluación de todos los aspectos aquí contenidos).

Una evaluación debe tener en cuenta:

- el comportamiento
- la persona
- factores clínicos y físicos
- factores psicológicos
- factores psiquiátricos
- factores sociales
- factores ambientales (incluyen familia y factores económicos)

La evaluación del comportamiento problemático tendrá en cuenta los siguientes factores:

- el tipo y la naturaleza del comportamiento
- historial de trastornos de conducta
- valores de referencia en el comportamiento antes de los problemas de conducta actuales
- el punto de partida de la conducta
- la frecuencia, gravedad y duración del comportamiento
- conductas asociadas
- el impacto de la conducta en la vida de la persona, en la de los demás y en su entorno
- reacción del paciente, de otras personas y de otros servicios ante la conducta
- función de la conducta

# ANEXO 1: Evaluación

## Evaluación del riesgo

- Tipología y naturaleza de los riesgos:
  - riesgos para los demás
  - riesgos para uno mismo
  - riesgos para el entorno
  - otros riesgos (ej. historial delictivo)
- Metodología de evaluación de riesgos, como escalas de valoración, etc.
- Evaluación anterior de riesgos.
- Revisión de los riesgos.
- Registro periódico de las revisiones de reducción de riesgos.

## Evaluación del paciente

- Puntos fuertes: habilidades, oportunidades, recursos (por ejemplo, en qué medida podrían contribuir en su familia, o en la sociedad).
- Necesidades: impacto de la discapacidad, carencia de servicios y recursos en su vida, necesidades físicas y psíquicas.
- Gustos, aversiones y preferencias y manera de expresarlas.
- Historia personal: social, psicológica, del desarrollo.
- Antecedentes de uso de los servicios.
- Dificultades en el establecimiento de relaciones satisfactorias, estilo de vida o intereses.

En este contexto, conviene tener una descripción de las rutinas semanales actuales y anteriores del paciente.

# ANEXO 1: Evaluación

## Factores clínicos y físicos

- Problema médico o dental crónico (ej. dolor de muelas).
- Condición física crónica (ej. bronquitis crónica).
- Estado clínico (ej. enfermedad cardíaca).
- Epilepsia.
- Otras condiciones neurológicas (ej. espasticidad).
- Trastorno genético (ej. síndrome de Lesch Nyhan).
- Alteración sensorial (ej. discapacidad visual o auditiva).
- Problemas de comunicación (ej. habla y comunicación).
- Discapacidad física (ej. parálisis).
- Factores relacionados con el consumo de drogas ilícitas y alcohol.
- Medicamentos prescritos (ej. efectos secundarios).
- Historial clínico y de desarrollo relevante.

## Factores psicológicos y psiquiátricos

- Trastornos psiquiátricos (ej. depresión).
- Historial relevante de desarrollo psicológico (ej. estrategias maladaptativas).
- Aspectos psico-emocionales (duelo, relaciones, abusos, etc.).
- Estrés de reciente aparición, continuo o recurrente.
- Dificultades para establecer relaciones satisfactorias.
- Trastornos del desarrollo, tales como los trastornos del espectro autista y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, incluida la conducta compulsiva.
- Factores neuropsicológicos:
  - discapacidad intelectual
  - trastorno de la memoria
  - trastorno por déficit de atención
  - deficiencia de las habilidades comunicativas
  - trastorno de la función ejecutiva
  - dificultad de la función del lóbulo frontal (apatía, falta de iniciativa)
  - bajo umbral de tolerancia al estrés



# ANEXO 1: Evaluación

## Factores sociales y ambientales (incluidos factores familiares y económicos)

- Descripción y valoración del entorno (condiciones de habitabilidad, como un alojamiento inadecuado) y de las actividades diarias
- Factores relativos a la interacción con otras personas (incluido personal médico o cuidadores)
- Cambios en el entorno.
- Influencia de los acontecimientos vitales.
- Relaciones con sus iguales, amigos, familiares y personal de atención sanitaria (también si se producen cambios).
- Efecto de las actividades diarias (también si se producen cambios).
- Efecto del tiempo dedicado al ocio (o la ausencia del mismo) y a las actividades diarias (también si se producen cambios).
- Estructura organizativa: sistemas y procedimiento (por ejemplo, un sistema de supervisión del servicio de atención, formación para los cuidadores, etc.).
- Ausencia de apoyo oportuno o adecuado para el paciente y su familia o cuidadores.
- Entorno hiper o hipoestimulante.
- Carencia (u oportunidades) de contacto social oportuno.
- Aspectos relativos a la integración en la sociedad, estigmatización y discriminación.
- Aspectos relacionados con los cuidadores, incluido el nivel de estrés y la falta de apoyo para ellos.
- Considerar los antecedentes de uso de servicios (incluyendo a profesionales locales de la salud o de tipo tradicional, etc.)

# ANEXO 1: Evaluación

## Factores familiares

- Expectativas de los familiares.
- Mecanismos de defensa o afrontamiento por parte de los familiares con respecto a la discapacidad o al problema de conducta y a sus causas y consecuencias (negación, estrategias de reacción, sublimación, etc.).
- Nivel de lastre social para la familia o los cuidadores (ventajas e inconvenientes).
- Diversos pensamientos y sentimientos respecto a la situación (por ej. algún tipo de sentimiento de culpabilidad, acusaciones, vergüenza, etc.).
- En la dinámica de relaciones familiares o entre familiares y cuidadores (lo que incluye nivel de apertura de la familia y tipo de actitud para la resolución de problemas).

## Factores económicos

- Valorar el coste del tratamiento.
- Valorar si la persona con discapacidad intelectual o sus cuidadores pueden permitirse el tratamiento.
- Valorar la manera de mejorar la situación económica (existencia de ayudas gubernamentales o privadas)

# ANEXO 2: Formulación

Como regla general la formulación constará de lo siguiente

- una lista de la conducta objetivo del tratamiento
- una descripción clara de la conducta, que incluya frecuencia y gravedad
- una evaluación de la conducta y sus causas
- un diagnóstico diferencial de las causas de la conducta problemática
- un historial de las reacciones a la conducta y resultados de la misma
- una evaluación de los factores de riesgo de predisposición, desencadenantes y perpetuantes
- valoración de todas las opciones de tratamiento y sus resultados
- fundamentación para la opción de tratamiento propuesta
- una evaluación del riesgo
- posibles efectos secundarios derivados de la intervención propuesta
- efecto previsto del tratamiento sobre la calidad de vida del paciente
- consideración de las creencias personales y de la dinámica familiar