

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: PREVALENCIA DE LA UTILIZACIÓN DE LOS  
PSICOFÁRMACOS EN LOS USUARIOS DE CENTROS OCUPACIONALES DE  
BARCELONA.

FELIPE HERRERO.  
JOSEP PASCUAL.  
ISABEL SILES.

## 1. DEFINICIÓN I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien no existe acuerdo entre los diferentes estudios sobre la prevalencia exacta de los psicofármacos en la población con retraso mental (RM), si lo hay a lo hora de señalar una alta frecuencia en su utilización. De esta forma Baumeister et al (1993) analizó los datos sobre prevalencia de más de 30 estudios obteniendo una tasa media del 57% para sujetos atendidos en instituciones, del 41% si eran atendidos en entorno comunitario i del 27% en escuelas.

| Baumeister et al., 1993. | Institución |       | Entorno comunitario |       | Escuela   |       |
|--------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|-----------|-------|
| Fármacos                 | Intervalo   | Media | Intervalo           | Media | Intervalo | Media |
| Anticomiciales           | 18,8-41,5   | 31,6  | 20,4-23,0           | 21,6  | 4,5-30,9  | 15,4  |
| Neurolépticos            | 9,5-60,4    | 31,8  | 7,0-31,7            | 19,0  | 0,0-11,1  | 4,4   |
| Antidepres./Litio        | 0,0-20,5    | 2,9   | 1,6-9,0             | 5,0   | 0,0-2,0   | 0,9   |
| Ansiolíticos             | 0,0-7,5     | 8,5   | 2,1-5,8             | 3,8   | -         | -     |
| Sedantes/Hipnóticos      | 0,0-12,5    | 6,0   | 0,7-4,3             | 2,6   | -         | -     |
| Estimulantes             | 0,0-1,5     | 0,5   | 0,2-1,0             | 0,5   | 0,0-0,3   | 0,1   |
| Total psicotropos        | 36,9-58,9   | 57,4  | 34,6-41,4           | 41,4  | 19,1-32,5 | 22,8  |

Pese a la elevada utilización de tales fármacos, existe toda una serie de cuestiones relacionadas con su utilización que están por clarificar y que se pueden agrupar en dos apartados:

a- Diagnóstico: Si en general se acepta una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en las personas con RM (Vilalta, Cusco, Escolar, Meler, 1993) que se cifra en una prevalencia 3 ó 4 veces superior a la población general (Revuelta y otros, 1994), una serie de fenómenos como la baja frecuencia de diagnósticos de trastornos afectivos han dado lugar al cuestionamiento de la validez de la aplicación de los criterios diagnósticos de la población general a las personas con RM (Linaker OM, Nitter R, 1990; Leonseguí y Salvador, 1995).

B- Trastornos del comportamiento: la población con RM es la población que más medicación recibe por trastornos del comportamiento, entendidos como síntomas no específicos, y no por síndromes bien definidos (Amang i Singh, 1994). Este fenómeno remite al tema de la especificidad de los psicofármacos, a la presencia de efectos secundarios de tipo cognitivo y a ciertas peculiaridades en la respuesta (efectos paradójicos) (Florez, 1994).

Ambos fenómenos (dificultades para establecer diagnósticos psiquiátricos y alta utilización frente a trastornos del comportamiento) exigen no sólo investigaciones bioquímicas y farmacológicas (propiedades farmacocinéticas, efectos secundarios, dosificaciones, etc.) de mayor nivel metodológico y con muestras de población con retraso mental, sino también la necesidad de establecer procesos interdisciplinarios de revisión de psicofármacos con el objetivo de llegar a una utilización racional de un importante recurso en la atención global de las personas con RM (Florez, 1994; Lepler et al., 1993). Es en este sentido que nos planteamos la necesidad de conocer con exactitud la prevalencia de los psicofármacos en la población con retraso mental de nuestro entorno social.

## 2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Si bien el objetivo general sería el de obtener datos sobre la prevalencia de psicofármacos en la población con retraso mental de Cataluña, una serie de factores de orden metodológico y práctico hacen necesaria una mayor concreción y delimitación del objetivo:

Dificultades de tipo conceptual/diagnóstico (Fierro, 1990) y el fenómeno de ocultación, en especial para los sujetos de menor afectación, hacen que no pueda hablarse de la existencia de un censo fiable de tal población (Duocastella, 1978, Rabinad, 1991) a partir del cual poder realizar un muestreo con validez metodológica.

Una alternativa lo constituiría la realización de un estudio a partir de los servicios de atención a personas con retraso mental. Sin embargo tal metodología supondría una dificultad en el acceso a los datos ya puesto de manifiesto en un estudio sobre la

prevalencia de las minusvalías en la ciudad de Barcelona (Rabinad, 1991) que en nuestro caso se acentuaría dado el carácter eminentemente técnico de los datos.

Factores de orden práctico nos llevan a limitarnos a el área geográfica de la ciudad de Barcelona, lo que reduce y facilita los desplazamientos sin reducir la muestra a niveles poco significativos, y a una única tipología de servicios, los Centros Ocupacionales, cuya estructura y funcionamiento nos es familiar. De esta manera el objetivo de nuestro estudio es el del conocimiento de la prevalencia de los psicofármacos en los usuarios de Centros Ocupacionales de la ciudad de Barcelona.

### **3. CONTEXTUALIZACIÓN.**

El descubrimiento de los psicofármacos en los años 50 contribuyó a un importante cambio en la concepción de la enfermedad mental. Si bien durante siglos había estado considerada como castigo divino, posesión demoníaca, etc. o cuanto menos como algo incurable, en las últimas décadas se ha producido una desmitificación del concepto de enfermedad mental.

Los psicofármacos reducen el pensamiento desordenado, la ansiedad, el retraimiento y actúan sobre estados maníacos y depresivos. En general, salvo excepciones provenientes de determinadas corrientes del pensamiento psiquiátrico, se considera que actúan sobre las alteraciones neurobioquímicas responsables de tales síntomas y constituyen una fuente importante de información sobre la naturaleza exacta de tales alteraciones. Su aparición ha contribuido a la desinstitutionalización y ha reducido la necesidad de contención física para muchos pacientes. De forma progresiva se va imponiendo la idea de que constituyen una parte importante dentro de una estrategia de intervención global frente a la enfermedad mental.

En el campo del retraso mental el tema de la psicofarmacología es mucho más complejo y oscuro. Si bien existen argumentos que justifican una mayor tasa en el uso de psicofármacos (mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos, alteraciones bioquímicas concomitantes al retraso mental) se dan toda una serie de factores no científicos explicativos de tales prevalencias (falta de especialización de los profesionales, presiones institucionales, elección de estrategias de intervención de menor coste, ausencia de monitorización y revisión periódica de tratamientos, ausencia de normativas legales, etc.) que han llevado a recomendaciones como las del Council for Services for Mental Retarded and Other Developmentally Disabled Persons y al establecimiento de equipos multidisciplinarios de revisión de psicofármacos, la efectividad de los cuales se demuestra por la disminución de las tasas de medicación (Lepler, S et al., 1993) y por voces que señalan como negativo que las disposiciones que afectan a los centros institucionales no sean de aplicación a los servicios integrados en la comunidad (Burd L, et al., 1991).

### **4. METODOLOGÍA.**

#### **4.1. MÉTODO.**

Para la realización del estudio hemos confeccionado un cuestionario en el que se demanda información sobre una serie de variables que consideramos pueden ser relevantes en función del objetivo planteado. Se entregará a la totalidad de los 29 Centros Ocupacionales (CO) de Barcelona y se entregaran tantas hojas de respuesta como usuarios tengan junto con una hoja-manual para facilitar su cumplimentación.

Para llegar a todos los CO en primer lugar contactaríamos con las dos entidades en las que hoy en día se asocian este tipo de centros. Por una parte contactaríamos con ATB (Associació de Tallers de Barcelona) a su vez dependiente de APPS (Associació de persones amb disminució psíquica) y con la CTMPC (Coordinadora de Tallers per a Misnusválids Psíquics de Catalunya). A partir de este primer contacto, y manteniendo una reunión informativa con los responsables se les explicaría el objetivo del estudio, se enviaría una carta de presentación a cada CO con el respaldo de la entidad que las engloba para facilitar la cooperación. En la carta de presentación se informa a cada centro de que en breve mantendremos un contacto telefónico para concertar una entrevista con el Director Técnico del Centro. Durante la entrevista se explicará a grandes rasgos el objetivo de la investigación y se entregarán los cuestionarios a cumplimentar. Se establecería un margen aproximado de tres semanas y se recogerían personalmente previa confirmación telefónica.

Las razones para realizar todos los pasos señalados en el párrafo anterior son:

1. Entendemos que la entrega y recogida personal puede dar lugar a porcentajes de cuestionarios contestados mucho mayor que por correo.

2. Facilitar la cumplimentación de los cuestionarios resolviendo las dudas que puedan surgir en el transcurso de la entrevista, que a su vez es un factor motivacional al implicar personalmente al Director Técnico.

3. Permite explicar de forma personalizada el objetivo del estudio que se haría en términos de necesidades de servicios actuales y futuros de los usuarios de CO, descentrando el tema del uso de psicofármacos para evitar que puedan sentirse juzgados en su labor profesional y así evitar la distorsión de datos.

#### **4.2. VARIABLES.**

1. Psicofármaco: Curiosamente constituye la variables que menos se ha definido en los diferentes estudios sobre prevalencia. Nosotros, siguiendo a Cabrera, Mencías y Cabrera (1994), definiremos los psicofármacos como aquellos fármacos utilizados en el tratamiento o prevención de enfermedades psiquiátricas, o más concretamente a "cualquier agente recetado con el propósito de ocasionar cambios comportamentales, cognitivos o emocionales" (Amang i Singh, 1994). Es en este sentido que hemos incluido los anticomiciales, tanto por el incremento de su uso en el control de la conducta como para permitir la comparación con otros estudios (Burd et al. 1991). Lo mismo hemos hecho con los antiparkinsonianos, B-bloqueantes y antihipertensivos.

Dentro de esta variable hemos incluido dos aspectos cuantitativos como son la concentración/presentación y total de dosis diarias. Con ello pretendemos no sólo conocer la prevalencia en el uso de psicofármacos y su comparación con la población general, sino también conocer si los niveles de dosificación se diferencian significativamente de la población con trastornos psiquiátricos sin afectación intelectual.

2. Patología no psiquiátrica: En la línea de favorecer la comparabilidad entre estudios y con vistas a facilitar la recogida de datos proveniente de personal no sanitario, hemos incluido en el protocolo de recogida de datos la presencia de trastornos no psiquiátricos (Trastornos neurológicos y Condiciones médicas) relacionados con la medicación dual. De esta forma no sólo se recoge, por ejemplo, la presencia de medicación anticomicial, sino también cuantos de los sujetos que la consumen tienen o no diagnóstico de epilepsia lo que permite una aproximación más exacta al problema de determinar cuando los anticomiciales son utilizados para el control de las crisis epilépticas, cuando para el control de las conductas y cuando para ambas cosas (Pary R, 1993). Igualmente se han incluido la presencia de patologías sensoriales y motrices al haberse encontrado en un estudio previo que si bien la presencia de disminuciones sensoriales no mostraban correlación, el diagnóstico de parálisis cerebral o epilepsia predisponía a tasas menores de consumo. (Amang i Singh, 1994)

3. Etiología: Los avances en el campo de la genética han reafirmado la idea de que la población con retraso mental es un grupo heterogéneo (Hidalgo, Salvador y Rodríguez de la Molina, 1995) a la vez que ha permitido crear subgrupos claramente diferenciados (Síndrome de Down, Síndrome del cromosoma X frágil, Fenilcetonuria, etc.). Entendemos que es necesario comparar la prevalencia de la utilización de psicofármacos entre los diferentes grupos tanto para dar una mayor rigurosidad a la comparación entre estudios como para ir perfilando las necesidades de tratamiento y la respuesta a éste para cada subgrupo. Los distintos factores etiológicos pueden ser agrupados de distintas formas en relación al criterio utilizado (Bueno, 1990). A nivel operativo distinguiremos entre información no disponible, etiología desconocida y etiología señalada. Únicamente realizaremos comparaciones de prevalencia entre aquellas etiologías que supongan una cierta homogeneidad patológica y de las que se disponga de casuística suficiente.

4. Edad: Distintos estudios han puesto de manifiesto la tendencia al incremento del uso de psicofármacos para los sujetos de mayor edad. (Amang i Singh, 1994; Pary L., 1993).

5. Sexo: En general hay acuerdo respecto de la inexistencia de diferencias significativas en la frecuencia de utilización de psicofármacos entre hombre y mujeres (Amang y Sing., 1994). Sin embargo, Linaker (1990) encontró que, con la excepción de los anticomiciales, los hombres tenían medias de dosificación más altas, sin llegar a diferencias significativas. La inclusión de tal variable pretende tanto replicar tales resultados, como corroborar si se dan diferencias significativas en los diagnósticos psiquiátricos o en el tipo de alteraciones comportamentales entre ambos sexos.

6. Nivel de retraso mental: El concepto de retraso mental ha ido modificándose históricamente hasta llegar a la definición del año 1992 de la Asociación Americana sobre Retraso Mental en que se define por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media que coexiste con limitaciones en dos o más áreas de habilidades de adaptación y se propone su clasificación no por niveles de inteligencia (ligero, medio, severo y profundo), sino por la intensidad de los apoyos que requiere (limitado, intermitente, extenso y generalizado) (Verdugo, 1994). Sin embargo, dada la poca implantación actual de tal terminología y para facilitar la comparabilidad entre estudios

continuaremos utilizando la definición y clasificación basada en niveles de Cociente Intelectual (CI), que es la que se utiliza a nivel administrativo.

Es una constante observar la inexistencia de correlación entre el nivel de retraso mental, valorado por medio del Cociente Intelectual (CI), y el nivel de utilización de psicotropos (Amang i Singh, 1994; Burd et al, 1991). Únicamente Linaker (1990) encontró una correlación positiva para los neurolépticos y negativa para los anticomiciales. Una posible explicación a priori podría encontrarse en el hecho de que la mayoría de los estudios, al igual que el nuestro, utilizan sujetos atendidos en la misma tipología de servicios. Ello conllevaría un sesgo de forma que los usuarios con un determinado nivel de retraso mental no serían una muestra válida de la población de sujetos con su mismo nivel de retraso mental. Por tanto, sólo podría inferirse que el CI no correlaciona con el nivel de utilización de medicación para sujetos atendidos en el mismo tipo de institución, pero nada podría afirmarse respecto de la correlación en el universo de la población con retraso mental.

7. Años en institución: Definimos tal variable como los años que el sujeto lleva atendido en el Centro Ocupacional, independientemente de que con anterioridad pueda haber estado atendido en otros servicios de la misma entidad (CET,SOI). Apriorísticamente puede pensarse que los años en institución puede ser una variable de alta correlación con la edad de los usuarios y, tal como hemos señalado anteriormente, hacer esperar una aumento de consumo con la edad. Sin embargo, la dinámica de los servicios de atención a personas con disminución de nuestro entorno podría generar un fenómeno consistente en el traspaso de nuevos usuarios con alto consumo de psicofármacos y con una importante pérdida de habilidades laborales y funcionales provenientes de servicios de mayor exigencia. El mismo fenómeno podría ocurrir para sujetos que habían estado atendidos únicamente en el entorno familiar. Entendemos que su inclusión va a permitir ponderar con mayor exactitud el peso real que la edad tiene en el nivel de consumo de medicación.

8. Residencia: Independientemente de cual pueda ser la causa explicativa a la que pueda apelarse se da una menor prevalencia de consumo para sujetos atendidos en entorno comunitario (Baumeister et al, 1993; Aman y Sing, 1994). A fin de replicar tales resultados, y dado el carácter de servicio diurno de los CO, hemos diferenciado el lugar de residencia, entendido como el lugar donde el sujeto habita de forma preferente, entre la convivencia con padres o familiares, Llar-Residencia y Residencia. Para la definición de estos dos últimos remitimos a los criterios administrativos de la Generalitat de Catalunya.

9. Diagnóstico psiquiátrico: Constituye una variable con gran peso sobre el consumo de psicofármacos (Burd L, et al., 1991). La falta de consenso en el campo de la psiquiatría respecto de criterios diagnósticos, etiológicos y nosológicos dificultan la recogida sistemática de esta variable. Por tal motivo a nivel operacional la hemos definido como el diagnóstico más reciente hecho por un profesional respecto de la salud mental del usuario y efecto del cual ha recibido tratamiento y/o algún tipo de atención. Igualmente si el diagnóstico ha sido realizado con los criterios DSM-III-R (APA,1980), DSM-IV (APA, 1995), CIE-9-MC o CIE-10 (WHO, 1990) se incluirán los códigos correspondientes. A nivel de tratamiento estadístico (porcentaje de presencia de diagnóstico y correlación con el consumo de psicofármacos) únicamente se valorará la presencia/ausencia de diagnóstico psiquiátrico. Igualmente se pretende realizar tratamiento estadístico respecto del tipo de diagnóstico (porcentaje de presencia de cada grupo diagnóstico y su correlación con el consumo de psicofármacos) si éste puede incluirse dentro de los sistemas clasificatorios anteriores.

10. Trastornos del comportamiento: El hecho de que la población con retraso mental reciba tratamiento farmacológico más dirigido a la supresión de síntomas que síndromes bien definidos (Amang y Sing, 1994) hace necesario la inclusión de los trastornos de comportamiento en cualquier estudio de la naturaleza del nuestro. Ello añade dificultades metodológicas en la recogida de datos que no siempre parecen haberse tenido presentes:

En primer lugar, en determinadas circunstancias, puede ser un criterio altamente subjetivo el considerar que una determinada conducta (autoagresión) es un síntoma de una entidad nosológica (autismo) que es el objeto de tratamiento o constituye un fenómeno objeto de tratamiento por sí mismo con el consiguiente riesgo de duplicidad en la recogida de datos. A tal fin en el protocolo de recogida de datos se solicitará que se señalen los problemas de comportamiento independientemente de si se consideran o no pertenecientes a un síndrome lo que se tendrá presente en el análisis y las posibles inferencias.

En segundo lugar, los trastornos de comportamiento presentan dificultades en su definición conceptual con consecuencias en los aspectos de medición, validez y fiabilidad de los instrumentos diseñados para su análisis (SIIS, 1991). Siguiendo a estos autores definiremos los trastornos de comportamiento como aquellas conductas que "violan las normas de comportamiento aceptadas por un grupo social, o aquellas cuyo significado,

finés y motivos, no pueden ser interpretados en los mismo términos que las acciones normales".

De entre los distintos instrumentos hemos optado por el ICAP (Bruininks, Hill, Woodcock and Weatherman, 1993) por estar recomendado por la American Association on Mental Retardation (AAMR), por la existencia de una versión estandarizada en castellano y por su amplia utilización en nuestro entorno (Rodríguez de la Molina, Salvador y García, 1995). Los problemas de comportamiento son agrupados en tres índices que engloban ocho áreas:

| ÍNDICE.  | CONDUCTA.                         | DEFINICIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interno. | Autoagresiones.                   | Se hace daño en su propio cuerpo-por ejemplo: dándose cabezazos, arañándose, cortándose o pinchándose, mordiéndose, frotándose la piel, tirándose del cabello, pellizcándose o mordiéndose las uñas.                                                                                                                                                                                                                           |
|          | Hábitos atípico o repetitivos.    | Son conductas poco usuales, extrañas, que se repitan una y otra vez-por ejemplo: ir y venir por la habitación, balancearse, tocarse los dedos, chuparse sus manos u otros objetos, dar sacudidas con partes de su cuerpo (tics nerviosos), hablar solo, rechinar los dientes, comer tierra u otros objetos, comer excesivamente poco o de manera exagerada, mirar fijo a un objeto o al vacío, hacer muecas o ruidos extraños. |
|          | Retraimiento o falta de atención. | Son problemas de falta de relación con otros o de no prestar atención-por ejemplo: mantenerse alejado de otras personas, expresar temores poco corrientes, mostrarse muy inactivo, mostrarse triste o preocupado, demostrar muy poca concentración en diversas actividades, dormir excesivamente, hablar negativamente de sí mismo.                                                                                            |
| Externo. | Heteroagresiones.                 | Causar dolor físico a otras personas o animales-por ejemplo: golpeando, dando patadas, mordiéndolo, pinchando, arañando, tirando del pelo, golpeando con algún objeto.                                                                                                                                                                                                                                                         |
|          | Destrucción de objetos.           | Intencionadamente rompe, estropea o destruye cosas-por ejemplo: golpeando, rasgando o cortando, tirando, quemando, picando o rayando.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|          | Conducta disruptiva.              | Interfiere en las actividades de otros-por ejemplo: abrazándose en exceso a otros, acosándoles o importunándoles, discutiendo o quejándose, buscando pelea, riéndose o llorando sin motivo, interrumpiendo, gritando o chillando.                                                                                                                                                                                              |
| Social   | Conducta socialmente ofensiva.    | Son conductas que ofenden a otros-por ejemplo: hablar en voz muy alta, blasfemando o empleando un lenguaje soez, mentir, acercarse demasiado o tocar en exceso a otros, amenazar, decir tonterías, escupir a otros, meterse el dedo en la nariz, eructar, expeler ventosidades, tocarse los genitales, orinar en lugares inapropiados.                                                                                         |
|          | Conductas no colaboradoras.       | Son conductas en las que la persona no colabora-por ejemplo: negarse a obedecer, no hacer sus tareas o no respetar las reglas, actuar de forma desafiante o poner mala cara, negarse a asistir a la escuela o al trabajo, negarse a compartir o esperar su turno, engañar, robar o no respetar la ley.                                                                                                                         |

## 5. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS.

Para su confección se ha empleado una hoja de cálculo (EXCEL 5.0) que será también la base para el tratamiento estadístico de los resultados.

A fin de facilitar y reducir la posible impresión de un excesivo costo de cumplimentación se ha condensado en una única página, siempre que ha sido posible se ha utilizado el sistema de elección de respuesta y se han utilizado fondos de distintos colores: en azul se encuentran aquellos ítem que deben ser contestado tachando la opción escogida y en gris aquellos en que se debe escribir la respuesta. La definición de cada una de las variables se encuentra en el apartado de metodología.

Barcelona, 4 de julio de 1997.

Aman, MG y Sing, N: Intervención farmacológica. Siglo Cero 1994;25(4);154;27-43.  
Traducido de Matson, J.L.; y Mulick, J.A. (1991): Handbook of mental retardation. Second Ed.  
New York: Pergamon Press.

APA: DSM-III-R, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1980.  
Barcelona. Ed. Masson.

APA: DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1995. Barcelona.  
Ed. Masson.

Baumeister AA, Todd ME, Sevin JA. Efficacy and specificity of pharmacological  
therapies for behavioral disorders in persons with mental retardation. Clin  
Neuropharmacol 1993;16;271-294.

Bruininks, Hill, Woodcock and Weatherman: Inventario para la Planificación de Servicios  
y Programación Individual, ICAP. 1993. ICE-DEUSTO-MENSAJERO. Traducción y adaptación:  
Delfín Montero Centeno.

Bueno, M: Concepto y epidemiología de la deficiencia mental. En Bueno, Molina y Seva  
(comp.): Deficiencia mental. Aspectos biomédicos. Vol. I. 1990. 1ª Ed. Barcelona. Ed.  
Espaxs.

Burd L, et al. Prevalence of psychoactive drug use among North Dakota group home  
residents. Am J Ment Retard 1991; 96;2;119-126.

Cabrera, R; Mencías, E y Cabrera, J: Toxicología de los psicofarmacos. 1994. Madrid. Ed.  
Mosby/Doyma Libros.

Duocastella, R: La subnormalidad en España y su problemática sociológica. Aspectos  
generales y estructurales. En Duocastella, Fierro y otros: Subnormalidad psíquica. 1978.  
1ª Ed. Madrid. Ed. Karpós.

Fierro, A: Actitudes históricas con respecto al deficiente mental. En Bueno, Molina y  
Seva (comp.): Deficiencia mental. Aspectos psicosociales. Vol. II. 1990. 1ª Ed. Barcelona.  
Ed. Espaxs.

Florez, J: La farmacología de las conductas anormales en la deficiencia mental. Siglo  
Cero 1994;25(4);154;5-15.

Hidalgo, Salvador y Rodríguez de la Molina: Aspectos diagnósticos. En Salvador, L (Edit):  
Retraso mental y enfermedad psiquiátrica. 1995. Barcelona. Ediciones en Neurociencias.

Leonseguí y Salvador: Tratamiento psicofarmacológico. En Salvador, L (Edit): Retraso  
mental y enfermedad psiquiátrica. 1995. Barcelona. Ediciones en Neurociencias.

Lepler S, et al. Implementation of an interdisciplinary psychotropic drug review process  
for community-based facilities. Ment Retard 1993;31(5);307-315.

Linaker OM, Nitter R: Psychopathology in institutionalised mentally retarded adults. Br J  
Psychiatry 1990;156;522-525.

Linaker OM: Frequency of and Determinants for Psychotropic Drug Use in an Institution for  
the Mentally Retarded. Br J Psychiatry 1990;156;525-530.

Montero, Martínez Cardeña: El ICAP: una herramienta en la mejora de la planificación y la  
intervención en servicios para personas con discapacidad. Siglo Cero 1994;25(3);153;33-  
42.

Pary R. Psychoactive drugs used with adults and elderly adults who have mental  
retardation. Am J Mental Retard 1993;98;1;121-127.

Rabinad, S: Disminució i societat. Aproximació a l'anàlisi sociològica de les persones  
amb disminució a Barcelona-Ciutat. 1991. 2ª ed. Barcelona. Ajuntament de Barcelona-  
Institut Municipal de Disminuïts.

Revuerta y otros: Trastornos psíquicos en el retraso mental: Aspectos epidemiológicos,  
etiológicos y clínicos. An. Psiquiatría. 1994. 10; 5; 192-200.

Rodríguez de la Molina, Salvador y García: Evaluación clínica y psicosocial. En Salvador,  
L (Edit): Retraso mental y enfermedad psiquiátrica. 1995. Barcelona. Ediciones en  
Neurociencias.

SIIS: Evaluación de las personas con deficiencia mental.1991. 1ª ed. Victoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Verdugo, MA: El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. Siglo Cero. 1994; 25(3);153;5-24.

Vilalta, Cusco, Escola y Meler: Estudi sobre els trastorns conductuals i mentals dels usuaris de tallers per a disminuïts psíquics de Catalunya i alternatives terapèutiques. 1993. Coordinadora de Tallers per a Minusvàlids Psíquics de Catalunya.

WHO: ICD-10, Mental and Behavioural Disorders. 1990. Geneve. Autor.

Title  
 Psychotropic drugs in group homes: prevalence and relation to demographic/psychiatric variables.  
 Author  
 Aman MG; Sarphare G; Burrow WH  
 Address  
 Massey University, Palmerston North, New Zealand.  
 Source  
 Am J Ment Retard, 1995 Mar, 99:5, 500-9  
 Abstract  
 All 1,101 clients residing in over 120 group homes of a residential services agency were surveyed on one date for presence of psychotropic medication. In all, 27% received one or more psychotropic drugs for behavioral or emotional disorders. Disorders and target behaviors listed for each drug group were examined and the relations between drug groups and diagnostic/demographic variables analyzed. In addition, logistic regression analyses were used to examine subject variable/drug relations further and the likelihood of receiving a specific class of medication given the presence of a subject variable. Certain physical and sensory handicaps were associated with less medication use. Generally speaking, the existence of DSM diagnoses (especially psychosis and mood disorder) and certain target behaviors were associated with greater medication use. In the main, medication use was consistent with known or presumptive indications for the respective drug groups, although unestablished applications were also observed.  
 Language of Publication  
 English  
 Unique Identifier  
 95298276

\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 Title  
 Prevalence of psychoactive drug use among North Dakota group home residents.  
 Author  
 Burd L; Fisher W; Vesely BN; Williams M; Kerbeshian J; Leech C  
 Address  
 Medical Center Rehabilitation Hospital & Clinics, University of North Dakota School of Medicine.  
 Source  
 Am J Ment Retard, 1991 Sep, 96:2, 119-26  
 Abstract  
 To determine the prevalence of psychoactive medication usage among persons with mental retardation residing in community settings in the state of North Dakota, we sent a questionnaire to all group homes serving persons with developmental disabilities. The return rate was 97%. Psychoactive medications were used by 37% of residents represented. Results were discussed in relation to previous studies that have primarily involved institutionalized populations.  
 Language of Publication  
 English  
 Unique Identifier  
 92030007

\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 Title  
 Prevalence and prediction of psychotropic drug use in California developmental centers.  
 Author  
 Stone RK; Alvarez WF; Ellman G; Hom AC; White JF  
 Address  
 University of California, San Francisco.  
 Source  
 Am J Ment Retard, 1989 May, 93:6, 627-32  
 Abstract  
 The extent of psychotropic drug use was evaluated in California's institutionalized developmentally disabled population (N = 6,450). Mean psychotropic drug use was 35.4% for the entire population (range = 13.7% to 63.6% across

institutions), with antipsychotic drug use at 26.8% (range = 11.0% to 59.6%). Psychotropic drug use was positively associated with aggression, IQ, depression, and self-injurious behavior, ps less than .0001; it was inversely associated with cerebral palsy and epilepsy. When the influence of demographic and behavioral factors was controlled, significant institutional differences in drug use remained.

Language of Publication

English

Unique Identifier

89247096

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Title

A national study of prescribed drugs in institutions and community residential facilities for mentally retarded people.

Author

Hill BK; Balow EA; Bruininks RH

Source

Psychopharmacol Bull, 1985, 21:2, 279-84

Abstract

Abstract unavailable online.

Language of Publication

English

Unique Identifier

85217067

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Title

Mental retardation: state of the field in New Zealand.

Author

Singh NN; Aman MG

Source

Appl Res Ment Retard, 1981, 2:2, 115-27

Abstract

Abstract unavailable online.

Language of Publication

English

Unique Identifier

83202870

Title

Research in mental retardation: underreporting of medication information.

Author

Agran M; Moore S; Martin JE

Address

Department of Special Education, Utah State University, Logan 84322-6500.

Source

Res Dev Disabil, 1988, 9:4, 351-7

Abstract

Estimates of psychoactive drug use among persons residing in community and institutional settings suggest high prevalence rates. Psychoactive drug use has been associated with impairments in adaptive functioning. As a result, drug-induced effects may represent potential confounds that need to be considered when evaluating treatment outcomes.

Consequently, information about drug regimens should be reported in empirical investigations. In this investigation, a review of six applied research and special education journals over an 11-year period was conducted to determine the extent to which information about drug regimens of participants was provided. It was determined that only slightly more than 3% of the articles reported information about subject medication usage and only 1.5% reported information relating to the use of medications as independent variables. The results are discussed in terms of their implications for recommending that providing information about drug regimens should become standard practice when describing subjects.

Language of Publication

English

Unique Identifier

89084030

Order full text for this document

MeSH Heading (Major)  
Education of Mentally Retarded|\*; Mental Retardation|\*DT; Psychotropic Drugs|\*TU  
MeSH Heading  
Child; Drug Utilization; Human; Research

Publication Type  
JOURNAL ARTICLE  
ISSN  
0891-4222  
Country of Publication  
UNITED STATES

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Title  
Psychotropic drug use in institutionalized people with mental retardation [letter]  
Author  
Bond WS; Mandos LA; Kurtz MB  
Source  
DICP, 1989 Nov, 23:11, 924-5  
Abstract  
Abstract unavailable online.  
Language of Publication  
English  
Unique Identifier  
90085980

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Title  
The relationship between nurse characteristics and perceptions of psychotropic medications in residential facilities for the retarded.  
Author  
Aman MG; Singh NN; Fitzpatrick J  
Address  
University of Auckland.  
Source  
J Autism Dev Disord, 1987 Dec, 17:4, 511-23  
Abstract  
A total of 227 nurses were surveyed regarding their attitudes, perceptions, and knowledge about the use of psychotropic drugs. In general, greater age, male sex, status, and higher qualifications tended to covary and were associated with perception of greater involvement by senior nurses in drug-related decisions, more satisfaction with the level of in-service training, awareness of certain side effects, perception of interdisciplinary decision making as a clinical reality, and the view that psychologists were not influential in medication-related decisions. Those without these characteristics (e.g., females, younger nurses) more often advocated greater use of medical and laboratory tests, ongoing training, and alternatives to drugs. Nurses working in nonambulatory units more often saw senior nursing staff as influential in decisions to stop drug treatment and more often recommended that alternatives to pharmacology be employed. Some tentative conclusions about the dynamics surrounding medication use in these facilities were offered to account for these patterns.  
Language of Publication  
English  
Unique Identifier  
88058715

Order full text for this document

MeSH Heading (Major)  
Attitude of Health Personnel|\*; Mental Retardation|\*DT; Nurse-Patient Relations|\*;  
Psychotropic Drugs|AE/\*TU  
MeSH Heading

Adolescence; Adult; Female; Hospitals, Psychiatric; Human; Inservice Training; Male;  
Middle Age; Nursing  
Assessment; Support, Non-U.S. Gov't

Publication Type

JOURNAL ARTICLE

ISSN

0162-3257

Country of Publication

UNITED STATES

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Title

Diagnosis and drug use in mentally retarded, emotionally disturbed adults.

Author

Matson JL; Kazdin AE; Senatore V

Source

Appl Res Ment Retard, 1984, 5:4, 513-9

Abstract

Inpatient and outpatient, emotionally disturbed, borderline to severely mentally retarded adults (N = 110) were assessed to evaluate the relationship of medication to psychiatric diagnosis and symptomatology. Patients were assessed on the Psychiatric Instrument for Mentally Retarded Adults, the Beck Depression Inventory, the Zung Self-Rating Depression Scale, the Hamilton Rating Scale for Depression, and the Social Performance Survey Schedule--a measure of social adaptation. All these instruments had been modified for use with mentally retarded persons. Comparisons were made evaluating patients receiving major tranquilizers, anticonvulsant and antianxiety drugs, by diagnostic category. Furthermore, an assessment was made of inpatients versus outpatients, based on amount of medication prescribed. It was found that considerable variation in the numbers of drugs and the amount of drug used occurred, based on the type of psychiatric condition, particularly those on informant data on schizophrenia, affective disorder, and adjustment reaction disorder. Implications of these and related results for psychotropic drug use with mentally retarded emotionally disturbed persons are discussed.

Language of Publication

English

Unique Identifier

85120864

Order full text for this document

MeSH Heading (Major)

Affective Symptoms|\*DT/PX; Mental Retardation|\*DT/PX; Psychotropic Drugs|\*TU

MeSH Heading

Adult; Aged; Anti-Anxiety Agents|TU; Anticonvulsants|TU; Antidepressive Agents|TU;  
Antiparkinson Agents|TU;  
Antipsychotic Agents|TU; Female; Human; Male; Middle Age; Psychological Tests;  
Social Adjustment; Support,  
Non-U.S. Gov't; Support, U.S. Gov't, P.H.S.

Publication Type

JOURNAL ARTICLE

ISSN

0270-3092

Country of Publication

UNITED STATES

CAS Registry/EC Number

0 (Anti-Anxiety Agents); 0 (Anticonvulsants); 0 (Antidepressive Agents); 0  
(Antiparkinson Agents); 0 (Antipsychotic  
Agents)

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Title

Appropriate and inappropriate use of psychotherapeutic medications for institutionalized mentally retarded persons.

Author

Bates WJ; Smeltzer DJ; Arnoczky SM

Source

Am J Ment Defic, 1986 Jan, 90:4, 363-70

Abstract

Evaluation of psychiatric treatment in institutions must be based not only on the numbers and types of drugs prescribed but also on diagnoses and other characteristics of the patients. We crosstabulated psychotherapeutic medication regimens against diagnoses for 242 institutionalized mentally retarded adolescents and adults selected for psychiatric treatment. The drugs had generally been prescribed by nonpsychiatrists, but diagnoses were determined by consensus of evaluation teams that included fully trained psychiatrists. According to widely accepted standards for psychopharmacologic treatment, 45.4% to 60.9% of the regimens were rated as appropriate and 39.1% to 54.6% were rated as inappropriate for the conditions diagnosed.

Language of Publication

English

Unique Identifier

86127429

Order full text for this document

MeSH Heading (Major)

Mental Disorders|CO/\*DT; Mental Retardation|\*CO; Psychotropic Drugs|AD/\*TU

MeSH Heading

Adolescence; Adult; Aged; Drug Therapy, Combination; Drug Utilization; Female; Human; Institutionalization; Male; Middle Age

Publication Type

JOURNAL ARTICLE

ISSN

0002-9351

Country of Publication

UNITED STATES

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*

Title

Psychoactive drugs used with adults and elderly adults who have mental retardation.

Author

Pary\_R

Address

Geriatric Health Services, School of Medicine, University of Pittsburgh, PA 15213.

Source

Am J Ment Retard, 1993 Jul, 98:1, 121-7

Abstract

During 12 months, the charts of 369 subjects were reviewed. A significantly increased prevalence of use of psychoactives occurred in those subjects 55 years and older compared to those 20- to 39-years of age. The 40- to 54-year group also had increased prevalence rates compared to the younger group, suggesting a trend for increasing psychoactive use by middle age adults. The increased psychoactive use by the elderly adults was associated with independent living and psychiatric diagnosis. Neuroleptics were also significantly increased for elderly individuals living under family supervision. Antiparkinsonian drugs had significantly greater prevalence in elderly adults than in the 20-

to 39-year group and was associated with psychiatric diagnosis. Limitations of the study were discussed.



DADES DE L'USUARI

Certificat de disminució (EVO):

Data naixement:

Sexe

Home

Dona

Nivell RM:

profund

sever

mig

lleu

límit

sense RM

Data ingrés al CO

Residència

Pares/Familiars

LLar-Residència.

Residència

Altres disminucions:

Perceptives

Motrius

Trastorns neurològics:

Epilèpsia

Parkinsonisme

Altres (especificar):

Condicions mèdiques:

Hipertensió

Cardiopatia

Altres (especificar):

Etiologia

No disponible

Desconeguda

Coneguda (especificar):

TRACTAMENT PSICOFARMACOLÒGIC I/O NEUROLÒGIC.

Rep tractament :

Sí

No

No es sap.

Nom Comercial

Concentració/Presentació

Total dosis diària.

Diagnòstic Psiquiàtric:

DSM-III-R

DSM-IV

CIE-9-MC

CIE-10

DIAGNÒSTIC

Trastorns del comportament:

Cal registrar només aquells comportaments que per la seva freqüència i/o intensitat interfereixen significativament en l'adaptació de l'usuari o en la dinàmica del grup.

|                               |    |    |                               |    |    |
|-------------------------------|----|----|-------------------------------|----|----|
| Autoagressions.               | SÍ | NO | Heteroagressions              | SÍ | NO |
| Destrucció d'objectes.        | SÍ | NO | Conducta disruptiva.          | SÍ | NO |
| Hàbits inusuals o repetitius. | SÍ | NO | Retraïment o manca atenció.   | SÍ | NO |
| Conducta socialment ofensiva. | SÍ | NO | Conductes no col·laboradores. | SÍ | NO |