

Trastornos psicóticos

Son muchos más los adultos con síndrome de Down de los que se sospecha inicialmente que tienen un trastorno psicótico que los que realmente demuestran tenerlo. Esto es más probable que ocurra cuando las personas con síndrome de Down son vistos por profesionales de la salud mental con escasa experiencia en síndrome de Down. En realidad, los adultos con síndrome de Down por lo general no tienen psicosis.

La psicosis es un trastorno psicótico en el que el individuo experimenta delirios o alucinaciones, y estos síntomas interfieren en la capacidad de funcionar en la vida diaria. En la población general, los tipos de psicosis incluyen la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno psicótico breve, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno psicótico secundario a un problema médico, y otros. Estos diagnósticos específicos parecen ser menos frecuentes en las personas con síndrome de Down, pero ocasionalmente los adultos con síndrome de Down tienen síntomas psicóticos, como analizaremos después.

¿QUÉ ES UNA PSICOSIS?

La psicosis es un trastorno que incluye:

- Ideas delirantes (una creencia falsa o irracional que implica una interpretación errónea de las percepciones o experiencias).
- Alucinaciones (ver, oír o sentir algo que no está presente).
- Salirse de la realidad (p. ej., una intensa preocupación con las alucinaciones que sustituyen a la realidad).
- Paranoia (miedo o disgusto irracional; p. ej., el temor de que alguien te espera para cogerte cuando no es cierto).
- Aplanamiento afectivo (falta de respuesta emocional).
- Alteración al procesar el pensamiento y desorganización del pensamiento y el habla (p. ej., relacionar pensamientos que no guardan conexión alguna entre ellos).

El diagnóstico de los diversos tipos de trastornos psicóticos se basa en los síntomas y en su duración. Es importante también evaluar las otras causas de la psicosis, como puede ser una sustancia (un fármaco o una droga), o un trastorno de tipo médico (p. ej., la apnea del sueño).

DIAGNÓSTICO

Las psicosis pueden ser muy difíciles de diagnosticar en las personas con síndrome de Down. Para determinar que un proceso mental es anormal o psicótico es necesario comprender cómo era el proceso mental normal antes de sufrir el cambio. Esto es todo un reto en los adultos con síndrome de Down, sobre todo en quienes tienen escasa habilidad verbal. Además, hay todo un conjunto de aspectos a considerar en estas personas que ya han sido analizados anteriormente. Son los temas del soliloquio, los amigos imaginarios y otras conductas que han sido descritas como conducta «psicotiforme» (Sovner y Hurley, 1993). Si se toman fuera del contexto, se pueden interpretar estas conductas equivocadamente como psicóticas. Pero vistas en el contexto de una persona con discapacidad intelectual, por lo general no son psicóticas sino acordes con el grado de funcionamiento que una persona posee en ese particular nivel de desarrollo. Por ejemplo:

Leonard, de 29 años, fue traído a nuestro centro por el temor de que hubiera desarrollado un trastorno psicótico. Tenía una larga historia de soliloquios pero habían aumentado recientemente. Estaba también aislándose más en su cuarto. En el trabajo, se negaba a salir al parking para recoger los carros de la compra. Un psicólogo dijo a su familia que era psicótico, y vinieron a nosotros en busca de una segunda opinión.

Animamos a la madre de Leonard a escuchar detrás de la puerta para ver si podía oír lo que decía. Persistía en la repetición de una frase que se refería a que nadie le ayudaba a levantarse. El análisis con la familia y un asesor nos llevó finalmente a comprender mejor el problema. Leonard había sido atropellado por un coche mientras estaba en el aparcamiento de un supermercado. Lo habían tirado al suelo, el conductor no se había parado y nadie le ayudó a levantarse. Jamás lo contó a nadie. Temía decírselo a su jefe porque le costó tanto tiempo volver al supermercado con los carros que el jefe estaba enfadado.

La familia analizó con él la situación y propusieron tener una reunión con el gerente. El gerente aceptó que Leonard siguiera metiendo los alimentos en las bolsas pero no le volvió a pedir que recogiera los carros en el aparcamiento. Además, recibió asesoramiento de forma regular. Sus soliloquios volvieron al nivel anterior, volvió a participar de nuevo en actividades y funcionó bien en el trabajo. Sin embargo, sigue teniendo miedo de los aparcamientos y prefiere caminar junto a otra persona cuando tiene que utilizarlos. Sigue quejándose de vez en cuando de que nadie le ayudó a levantarse. Cuando lo menciona, se le reafirma que la gente tiene cuidado de él y que la persona que lo atropelló no actuó correctamente.

Para complicar más el diagnóstico, la respuesta emocional y psicológica a un problema físico subyacente puede terminar a veces en síntomas que parecen psicóticos. Un proble-

ma especial de salud que se debe considerar al evaluar a una persona con síntomas psicóticos es la apnea del sueño. Tanto la privación crónica de sueño como la privación de oxígeno pueden ocasionar importantes síntomas psicológicos, incluidos los psicóticos.

Para diagnosticar a un adulto con síndrome de Down de trastorno psicótico es necesario, por lo general, observarlo atentamente en circunstancias variadas. Ayuda la observación en el despacho del médico y del profesional de salud mental, pero con frecuencia se necesita la observación directa y el hablar con otros sobre sus observaciones para llegar al diagnóstico. A veces este se hace por exclusión de otros diagnósticos que no encajan con los síntomas y la lectura de la conducta que la persona está mostrando. A continuación mostramos un ejemplo del valor que tienen las observaciones para llegar a un diagnóstico:

Jonathan, de 47 años, tenía una larga historia de soliloquio e interacción con amigos imaginarios. Al principio, su familia pudo reconducirlo cuando era necesario para ayudarlo a funcionar en sus actividades diarias, participaba en un programa de trabajo y se mostraba activo con su familia. Pero esta observó un cambio de conducta con el tiempo. Su soliloquio se hizo más intenso, era más difícil reconducirlo cuando hablaba consigo mismo, y se pasaba cada vez más tiempo conversando con sus amigos imaginarios, a costa de excluir a su familia, sus compañeros de trabajo y sus amigos. Se hizo claro el diagnóstico de psicosis cuando empezó a contar que veía monos columpiándose por su casa. Respondió bien a la risperidona, un fármaco antipsicótico, así como al esfuerzo que hizo la familia para reconducirlo hacia sus actividades diarias habituales.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las psicosis comprende:

1. Apoyo emocional a la persona, a su familia y a los cuidadores.
2. Prestar atención a los problemas médicos que puedan contribuir a los síntomas psicóticos o que puedan haber sido el resultado de que la persona es menos capaz de cuidarse a sí mismo.
3. Fármacos.

En el capítulo 13 se analiza la importancia del asesoramiento terapéutico y la evaluación del ambiente así como la intervención sobre él. Todas estas acciones son necesarias para valorar si la situación es propiamente una psicosis y para dar pautas sobre cuál puede ser la forma de intervenir.

Parece que los fármacos son siempre piezas esenciales para tratar las psicosis en nuestros pacientes con síndrome de Down. Los médicos disponen de dos tipos de fármacos antipsicóticos en su arsenal: los antiguos antipsicóticos, y los nuevos antipsicóticos atípicos.

A los antiguos pertenecen el haloperidol, la tioridazina y el tiotixeno. Aunque funcionan bien, en nuestra experiencia parecen mostrar más efectos secundarios en las personas con síndrome de Down. Los efectos de tipo anticolinérgico son particularmente frecuentes y molestos: estreñimiento, retención urinaria, dificultad para la micción, mareo y otros.

Los más modernos, los antipsicóticos atípicos, con frecuencia resultan una mejor elección. A menudo se los llama antipsicóticos de segunda generación, en contraposición con los antiguos, antipsicóticos típicos. A este grupo pertenecen la risperidona, la olanzapina, la quetiapina, la ziprasidona y el aripiprazol. La clozapina pertenece también a este grupo pero no la usamos porque puede ejercer un efecto adverso sobre la concentración de leucocitos. Estos fármacos funcionan bien y parecen tener menos efectos secundarios que los antiguos. Además pueden servir para mejorar el estado de ánimo deprimido que aparece frecuentemente en la psicosis.

Hemos comprobado que la olanzapina produce generalmente mayor sedación. Por tanto puede resultar ventajoso cuando la falta de sueño forma parte del problema. También tiende a inducir aumento de peso lo que, de nuevo, puede resultar ventajoso si hay falta de apetito.

La elevación de la glucemia es un posible efecto secundario de los antipsicóticos atípicos, lo que puede provocar diabetes mellitus. Lo hemos visto en mayor grado con la risperidona y la olanzapina que con la quetiapina, la ziprasidona o el aripiprazol. Controlamos la glucemia de forma regular en nuestros pacientes mediante muestras de sangre. Además se recomienda vigilar la aparición de cataratas en el caso de usar quetiapina.

Cuando se administran antipsicóticos es importante vigilar la aparición de discinesia tardía. Se trata de un síndrome neurológico caracterizado por la aparición de movimientos involuntarios y anormales. Principalmente se afectan los músculos de la boca o la cara pero puede afectar a cualquier músculo. Ocurre frecuentemente cuando se ha administrado el antipsicótico durante tiempo prolongado, en especial si se han usado dosis altas. Parece ser menos frecuente con los antipsicóticos atípicos que con los típicos. La suspensión de la medicación basta por lo general para eliminar los síntomas, pero a veces persisten indefinidamente aun después de haber interrumpido la medicación.

CONCLUSIÓN

Los trastornos psicóticos son relativamente poco frecuentes en las personas con síndrome de Down, si se las compara con la población que no lo tiene. También son menos frecuentes que otros trastornos de salud mental en las personas con síndrome de Down. Es necesario realizar una evaluación cuidadosa para deslindar la psicosis verdadera de los rasgos o características «psicotiformes». Afortunadamente, por lo general las psicosis en los adultos con síndrome de Down responden bien a la terapia de asesoramiento, la intervención del ambiente y la medicación.