

# “Caminante no hay camino, se hace camino al andar”

Pina franco SA<sup>1</sup>, Gavilán Morales M, Megías Simarro N, Calero Mora C, Ibernón Caballero I, Botías Cegarra P.  
 1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Es difícil encontrar en las disciplinas de la salud un caso parecido al del retraso mental. Se trata de una entidad frecuente, cuyas consecuencias se extienden a lo largo de la vida del sujeto, y no tiene un tratamiento curativo. El retraso mental afecta al 1,5% de la población en los países occidentales y se duplica en los países más pobres. En las personas con discapacidad intelectual podemos observar los mismos tipos de trastornos mentales que en las personas con función intelectual normal<sup>1</sup>. La dificultad estribará en su identificación para, posteriormente, abordarlos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 17 años que acude a puertas de urgencias del hospital acompañada de varios de sus familiares por intento autolítico. Como antecedentes psiquiátricos cabe destacar: diagnóstico previo a los 14 años de esquizofrenia paranoide; a los 16, diagnóstico de retraso mental moderado; varios intentos autolíticos y un padre diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Nivel cultural bajo. Con respecto a su historia actual los familiares comentan que la han encontrado de forma accidental intentando ahorcarse con unos pañuelos que ató al cabecero de la cama. Durante los últimos días presentó alteraciones conductuales, con ideas delirantes de envenenamiento y persecutorias. Desapareció 2 días y apareció en un pueblo que se ubica a 70 kilómetros de su domicilio aduciendo la familia que “se aburre y tiene la necesidad de andar”. La paciente no tolera que le lleven la contra, discurso exaltado durante la entrevista. La familia y ella cuentan un cuadro compatible con una disforia maniforme en los últimos meses, no duerme, apenas come, está agitada, se escapa de casa, irritable, logorreica<sup>2</sup>. Las pruebas realizadas resultaron normales.

## RESULTADOS

Durante su estancia en planta y tras la toma de olanzapina, clonazepam y flurazepam la paciente mejora de su cuadro, estando cada día mejor, menos hipertímica y menos desinhibida. Realiza planes de futuro, niega ideación autolítica y es dada de alta. Finalmente es diagnosticada de fase maniaca. Las fases maniacas, en pacientes con retraso mental, se caracterizan por ánimo expansivo, irritable, aumento del habla, distraibilidad, cambio constante de planes, insomnio, inquietud motora, desinhibición, comportamiento social y sexual inapropiado, agresividad. Casi todos estos síntomas los presentaba nuestra paciente, lo que nos ayudó a no diagnosticarla de esquizofrenia, puesto que no presentaba ideas delirantes ni alucinaciones ni otras alteraciones de la sensorio-percepción, tampoco presentaba síntomas negativos, aunque si presentaba alteración de la conducta, pero como se ha explicado anteriormente, queda mejor encuadrada en el diagnóstico de fase maniaca.

## CONCLUSIONES

Es muy importante a la hora de evaluar la clínica de un paciente con retraso mental, el poder hacer preguntas abiertas, seguidas por preguntas más dirigidas para delimitar la sintomatología. Conocer el estado basal de la persona, el “como era antes”, verificar con otros especialistas la conducta, saber si ha padecido enfermedades previas, descartar factores ambientales. Si el nivel de comunicación es muy limitado hay que centrarse en la observación conductual<sup>3</sup>. Una vez que se ha pautado un tratamiento, es importante basarse en “índices conductuales”, que se entienden como la definición de las conductas que presenta un individuo. Todo esto viene a indicar que hay que valorar al paciente de forma global, de manera que conociendo su pasado y su presente podamos abordarlo de la mejor manera posible para poder, como en este caso, saber diferenciar dos enfermedades que en pacientes con retraso mental pudiera resultar difícil de diferenciar.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1)Novell R, Rueda P, Salvador L, Forgas E. Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores. FEAPS; 2003.
- 2) Sadock Benjamin J, Sadock Virginia A. Kaplan and Sadock Sinopsis de Psiquiatría Clínica. 10ª ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- 3)Bastos H. Psicopatología y retraso mental. Revista ALCMEON neuropsiquiátrica. 2006; 13 (2 ): 55-63.