

# Guía internacional para la prescripción de psicofármacos en el tratamiento de problemas de conducta de adultos con discapacidad intelectual

SHOUMITRO DEB<sup>1,2</sup>, HENRY KWOK<sup>1,3</sup>, MARCO BERTELLI<sup>1,4</sup>, LUIS SALVADOR-CARULLA<sup>1,5</sup>, ELSPETH BRADLEY<sup>1,6</sup>, JENNIFER TORR<sup>1,7</sup>, JARRET BARNHILL<sup>1,8</sup>, POR EL GRUPO DE ELABORACIÓN DE DIRECTRICES DE LA SECCIÓN DE PSIQUIATRÍA DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE LA WPA

<sup>1</sup>WPA Section on Psychiatry of Intellectual Disability; <sup>2</sup>Department of Psychiatry, University of Birmingham, 25 Vincent Drive, Birmingham B15 2FG, UK; <sup>3</sup>Kwai Chung Hospital, Hong Kong, China; <sup>4</sup>Italian Society for the Study of Mental Retardation, Florence, Italy; <sup>5</sup>University of Cadiz, Spain; <sup>6</sup>Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada; <sup>7</sup>Monash University, Melbourne, Australia; <sup>8</sup>University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, NC, USA

*Se utilizan psicofármacos con regularidad para tratar los problemas de conducta de las personas con discapacidad intelectual. Esto es motivo de preocupación debido a que a menudo estos fármacos se utilizan para indicaciones terapéuticas no autorizadas en este contexto. La Sección de Psiquiatría de la Discapacidad Intelectual de la WPA formuló recientemente sus directrices internacionales basadas en datos factuales y en el consenso para el empleo de los psicofármacos en los problemas de conducta en los adultos con discapacidad intelectual, las cuales están dirigidas a los médicos. Esta guía proporciona consejos sobre la valoración de la conducta, la elaboración de una formulación clínica, el inicio del tratamiento, la valoración del pronóstico y los efectos adversos, los convenios para el seguimiento y la posibilidad de suspensión del tratamiento.*

**Palabras clave:** Retraso mental, problemas de conducta, psicofármacos, directriz internacional

*(World Psychiatry 2009;8:181-186)*

La discapacidad intelectual (DI) o retraso mental o discapacidad del aprendizaje es un trastorno de por vida que se incluye en el grupo de trastornos psiquiátricos de todos los sistemas de clasificación internacionales. Es un agrupamiento de síndromes (metasíndromes) que comprende una gama heterogénea de trastornos clínicos caracterizados por un déficit de la función cognitiva previo a la adquisición de las habilidades a través del aprendizaje (1). Más de un 30% de las personas con DI tienen un trastorno psiquiátrico concomitante, el cual a menudo se instaura en la infancia y persiste durante toda la adolescencia y la edad adulta (2,3).

Pese a esta realidad, la discapacidad intelectual y los trastornos relacionados todavía se consideran un campo incierto de la psiquiatría. En muchos países es escasa o nula la capacitación sobre la DI durante los estudios de pregrado en medicina o de especialización psiquiátrica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha resaltado recientemente las necesidades asistenciales no satisfechas de personas con discapacidad intelectual (4). Los psiquiatras constituyen los primeros profesionales sanitarios que establecen contacto con este grupo de pacientes y hay un vacío general en la formación y las directrices sobre los aspectos psiquiátricos relacionados con la DI.

Dentro del campo de la DI, la valoración, el diagnóstico diferencial y el tratamiento de los problemas de conducta (PC) merecen especial atención. La frecuencia de PC en personas con DI es elevada (5) y su presentación está determinada por muchos factores complejos. La contribución patógena de trastornos orgánicos, trastornos psiquiátricos, influencias ambientales o una combinación de éstas tiene que establecerse a conciencia para cada caso individual.

La prevalencia de los PC en personas con DI al parecer es tan elevado (5,6) que constituye un problema importante en esta población. Dependiendo de la definición y la metodología, se

ha comunicado que las tasas varían de un 5,7 a un 17% (7-10). Utilizando los Criterios Diagnósticos de los Trastornos Psiquiátricos para Uso en adultos con Discapacidades del Aprendizaje (DC-LD) (11), Cooper y cols. (12,13) observaron recientemente que la prevalencia puntual de la agresión y de la conducta autolesiva era de un 9,8% y un 4,9%, respectivamente, en los adultos (16 y más años de edad) con DI en un ámbito extrahospitalario.

Se ha comunicado que el 20-45% de las personas con DI recibe psicofármacos y que un 14-30% recibe psicofármacos para el tratamiento de los PC como agresión o conductas autolesivas (14,15) sin que tengan un trastorno psiquiátrico diagnosticado. Son ejemplos de psicofármacos utilizados para los adultos con DI: antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos (benzodiazepinas, buspirona, betabloqueantes), estabilizadores afectivos (litio, antiepilépticos), psicoestimulantes y antagonistas de opiáceos. Spreat y cols. (16) comunicaron que hasta dos tercios de los psicofármacos prescritos a las personas con DI son antipsicóticos.

Los estudios indican que los PC no sólo son frecuentes sino también persistentes en las personas con DI (17-19). Totsika y cols. (20) observaron que los ataques físicos graves, la autolesión y la estereotipia psicomotriz eran los tipos de PC que más probablemente persisten en el transcurso del tiempo. Por tanto, indicaron que era necesario comenzar con las intervenciones terapéuticas lo más pronto posible para evitar que las conductas se volvieran más graves y reducir el número de conductas emergentes. Se ha señalado que muchas de las conductas que surgen son una consecuencia directa de las limitaciones de la capacidad de las personas para comunicarse con eficacia (21-25). Por consiguiente, el reemplazo de la «conducta aprendida» a una edad precoz con formas más aceptables de comunicación puede no sólo disminuir el número de conductas emergentes sino también reducir la gravedad de las conductas que ocurren.

La tasa de prescripción de psicofármacos para tratar los PC es motivo de preocupación debido a los escasos indicios en torno a su eficacia y efectos adversos y a su repercusión en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual (14,26-29). Muchos adultos con DI reciben múltiples psicofármacos y en dosis altas.

## LA DIRECTRIZ INTERNACIONAL

### Marco de referencia y desarrollo

La guía internacional es una adaptación de la guía recién desarrollada sobre el tema (30) en el Reino Unido. Esta última se adhirió al procedimiento de elaboración de las directrices de NICE. Esto comprende un análisis sistemático de los datos científico-estadísticos y un amplio consenso basado en los datos factuales disponibles sobre un buen ejercicio clínico. Se realizó una amplia consulta entre los interesados antes de finalizar las recomendaciones.

La guía internacional refleja el conocimiento disponible y la perspectiva de psiquiatras expertos en la DI de diferentes partes del mundo. Un problema de conducta se define aquí como una «conducta socialmente inaceptable que produce malestar psicológico, lesión o desventaja a las propias personas o a otras y que por lo general exige algún tipo de intervención» (30). La guía no respalda ni refuta el empleo de psicofármacos en este contexto, sino que proporciona a los médicos y a los cuidadores de adultos con DI de todo el mundo consejos prácticos satisfactorios pese a la falta de pruebas adecuadas de una calidad satisfactoria en torno a este tema. En los siguientes apartados se resumen las principales recomendaciones contenidas en la guía.

### Valoración y formulación

El objetivo principal del tratamiento de los PC en las personas con DI no debería ser el tratamiento de la propia conducta sino identificar y abordar la causa fundamental de la conducta. Sin embargo, no siempre es posible encontrar una causa del PC. Cuando no es posible esto, la estrategia de tratamiento ha de minimizar la repercusión de la conducta en el individuo, en el entorno que lo rodea y en otras personas.

Puede haber múltiples motivos para el PC, por ejemplo, problemas físicos y de salud mental. Muchos factores internos (p. ej., experiencias negativas durante la infancia, estrategias de adaptación inadaptativas) o externos (p. ej., un entorno infraestimulante o supraestimulante) a la persona pueden contribuir a los PC. A veces se utiliza la conducta como un medio para comunicarse. Por ejemplo, las personas con DI grave que no pueden hablar o utilizar un lenguaje de signos pueden llorar cuando sienten dolor y no pueden comunicar este mensaje de alguna otra manera. En ocasiones las personas con DI pueden recurrir a la conducta para comunicar sus gustos y aversiones.

Por tanto, una valoración meticulosa de las causas de la conducta y sus consecuencias, junto con una formulación clínica, constituye un requisito absoluto para el tratamiento de cualquier problema de la conducta. Para una valoración

exhaustiva es necesaria la participación de varias disciplinas y de las familias y los cuidadores. Se deben abordar aspectos personales, psicológicos, sociales, ambientales, médicos y psiquiátricos. Una formulación diagnóstica multiaxial de múltiples niveles, como la recomendada en el sistema de clasificación DC-LD (11) y el Manual Diagnóstico-Discapacidad Intelectual (DM-ID) (31), puede ser útil en este contexto. Se debe realizar una formulación aun cuando no se tenga establecido un diagnóstico médico o psiquiátrico.

Por regla general, la formulación ha de consistir en lo siguiente:

- Una lista de los PC que se elegirán para tratar.
- Una descripción clara de los PC, incluida su frecuencia y gravedad.
- Una valoración de las causas que dan lugar al PC.
- Un registro de las reacciones y de los desenlaces de la conducta.
- Una evaluación de los factores de riesgo predisponentes, desencadenantes y perpetuantes.
- Consideración de todas las opciones de tratamiento y su desenlace.
- El fundamento de la opción de tratamiento que se propone.
- Una valoración del riesgo para todas las partes involucradas.
- Posibles beneficios y efectos adversos de las intervenciones propuestas.
- El posible efecto de las intervenciones propuestas sobre la calidad de vida de las personas y su familia.

Una valoración y formulación apropiadas dependerán a menudo de la participación de la persona con DI o de su familia o cuidadores, o de las tres partes a la vez. Esta participación debe continuar en cada etapa del tratamiento. Es importante informar a la persona que tiene DI de manera que pueda comprender. Puede necesitarse más tiempo y esfuerzo por parte del personal sanitario y de otros miembros del equipo multidisciplinario. Asimismo, puede ser necesario el empleo de otros métodos de transmisión de información, como las fotografías.

A veces también se necesita la intervención multidisciplinaria durante la implementación y la vigilancia de las opciones de tratamiento. Esto no siempre es posible de lograr, debido a la falta de recursos o experiencia en este campo. Cuando es pertinente y posible, se intentará lograr la participación multidisciplinaria en el proceso de valoración y tratamiento.

### Cuándo plantearse el tratamiento farmacológico

Si hay una causa física o psiquiátrica evidente de la conducta ésta debe tratarse en forma apropiada. Se ha de seguir las guías pertinentes que determinan el empleo de fármacos en el tratamiento del trastorno psiquiátrico específico (32,33).

Si no se puede reconocer ningún trastorno físico o psiquiátrico que se pueda tratar, entonces se valorará inicialmente la posibilidad de un tratamiento no farmacológico como las estrategias conductuales. En ocasiones, después de valorar las opciones de tratamiento no farmacológico, puede necesitarse medicación sola o como un complemento al tratamiento no farmacológico. Sin embargo, también es posible mejorar el PC de la persona brindando consejos o abordando algunos factores sociales y ambientales adversos, por ejemplo, mediante la

identificación de actividades más agradables durante el día y el empleo simultáneo de fármacos para hacer que el individuo preocupado esté menos ansioso. Esto puede verse como una estrategia provisional que luego debe ser objeto de seguimiento a intervalos regulares para valorar su eficacia.

La situación exacta en la que deben implementarse las estrategias de tratamiento farmacológico y no farmacológico dependerá de las circunstancias individuales. A continuación se presentan algunas de las situaciones en las que los médicos pueden valorar el empleo del tratamiento farmacológico:

- Ineficacia de las intervenciones no farmacológicas.
- Riesgo e indicios de daño y malestar psicológico para sí mismo.
- Riesgo e indicios de daño y malestar psicológico para otros o a la propiedad.
- Alta frecuencia y gravedad del PC.
- Tratamiento de un trastorno psiquiátrico subyacente o ansiedad.
- Calmar a una persona para hacer posible la implementación de intervenciones no farmacológicas.
- Riesgo de crisis para la custodia de la persona.
- Una respuesta previa satisfactoria al tratamiento farmacológico.
- Opción de la persona y el cuidador.

La falta de intervenciones no farmacológicas adecuadas o disponibles no debe ser el único motivo para utilizar el tratamiento farmacológico, aunque en la práctica esto ha ocurrido. En tales circunstancias, se debe usar durante el período más breve posible.

El tratamiento del PC siempre debe centrarse en el individuo. Se ha de comentar el plan con la persona con DI o sus cuidadores, o con ambos, y se debe formular de acuerdo con los mejores intereses del individuo. La prescripción no debe realizarse en forma aislada, sino que siempre debe ser parte de un plan de tratamiento mucho más amplio centrado en la persona.

### **Seguimiento de la efectividad del tratamiento farmacológico**

Debe realizarse un seguimiento de la efectividad y de los posibles efectos adversos del tratamiento farmacológico prescrito a intervalos periódicos. Esto ha de incluir obtener información objetiva de los familiares, los cuidadores, el personal del equipo multidisciplinario así como de la persona con DI, cuando es necesario y factible. Se ha de realizar también la exploración física y las pruebas pertinentes como los análisis hemáticos y el ECG/EKG cuando se juzgue necesario.

Se ha de prescribir el tratamiento farmacológico en la dosis más baja posible con una duración mínima. Las estrategias de tratamiento no farmacológico y el abandono del tratamiento siempre han de valorarse a intervalos periódicos. Si es insatisfactoria la mejoría del PC, se hará lo posible por reevaluar la formulación y el plan de tratamiento.

### **Aspectos relacionados con la comunicación**

El plan de tratamiento se ha de comunicar claramente a la persona con DI y a sus familiares y cuidadores y a todos los

demás profesionales pertinentes que participen y que deban estar enterados. Este proceso ha de actualizarse a intervalos periódicos. Puede necesitarse un formato accesible al comunicarse con los adultos con DI. La prescripción se lleva a cabo de acuerdo con el marco legal de cada país y se documenta con claridad en el expediente clínico.

En la figura 1 presentamos un organigrama que resume las principales actividades inherentes al proceso de prescripción y seguimiento de su efecto.

### **Principios generales para la prescripción de psicofármacos**

Todo profesional que prescriba fármacos para tratar los PC en los adultos con DI debe tener presente los siguientes aspectos de un buen ejercicio:

- El tratamiento farmacológico ha de utilizarse sólo si es lo que más le conviene a la persona.
- Se han de tomar en cuenta todas las opciones de tratamiento no farmacológico y éste ha de verse como necesario bajo las circunstancias o junto con un tratamiento no farmacológico.
- Si es posible, se han de tomar en cuenta los datos que demuestren que el tratamiento farmacológico es rentable.
- Se ha de registrar la información sobre qué fármacos fueron eficaces con anterioridad y cuáles no.
- Si el tratamiento farmacológico utilizado con anterioridad produjo efectos adversos inaceptables, se deben anotar los detalles.
- Se ha de tomar en cuenta el efecto de la disponibilidad o no disponibilidad de determinados servicios y tratamientos en el plan terapéutico.
- Se deben seguir los protocolos locales y nacionales pertinentes así como las directrices.

Una vez que se toma la decisión para prescribir el tratamiento farmacológico, se observarán los siguientes puntos:

- Llevar a cabo a intervalos regulares las exploraciones físicas y los análisis de laboratorio apropiados.
- Explicar a la persona o a su familia o cuidadores o a todos si el fármaco se está utilizando con una indicación terapéutica extraoficial. En este caso, se les debe informar sobre los datos disponibles que demuestran su eficacia.
- Identificar a una persona clave que se asegurará de que el tratamiento farmacológico se administre en forma apropiada y que comunique todos los cambios a las partes interesadas.
- De ser posible, se proporciona a la persona o a su familia o a los cuidadores una copia del plan de tratamiento recomendado acordado en el momento de la prescripción.
- En la medida de lo posible, debe haber una forma objetiva de valorar los desenlaces, lo que comprende efectos adversos (cuando sea posible se recomienda el empleo de escalas estandarizadas o la vigilancia de la gravedad y la frecuencia de la conducta elegida como objetivo) (34).
- Asegurarse de que habrá valoraciones de seguimiento para la vigilancia continuada.
- En la medida de lo posible, se debe prescribir un fármaco a la vez para la DI.

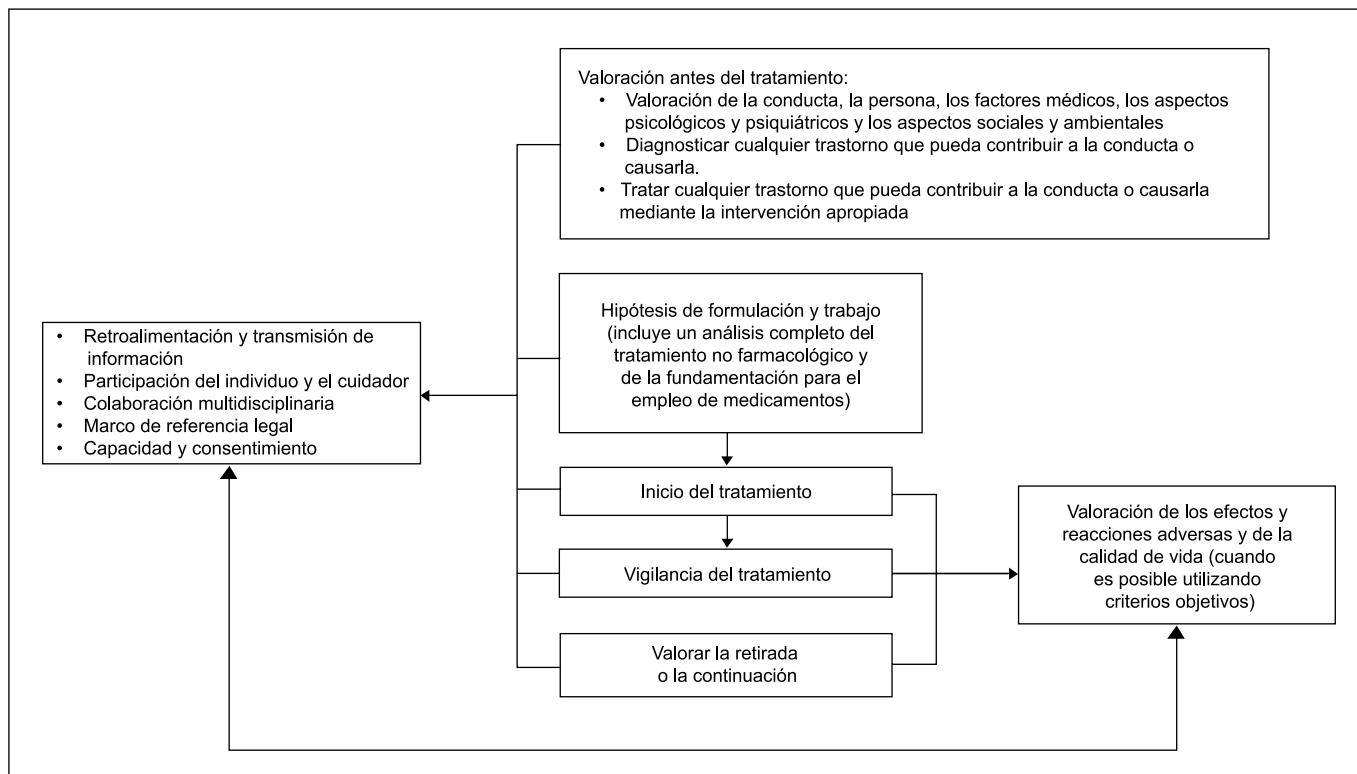


Figura 1. Procesos clave relacionados con el empleo de medicamentos para tratar los problemas de conducta en los adultos con discapacidad intelectual.

- Por regla general se debe utilizar el fármaco con el intervalo de dosis estándar recomendado.
- Una dosis por encima de la máxima recomendada para un fármaco deberá utilizarse sólo en circunstancias excepcionales después de un análisis exhaustivo con todos los participantes relevantes bajo las medidas de seguridad apropiadas y revisiones periódicas.
- Comenzar con una dosis baja y ajustar su aumento con lentitud.
- Se debe utilizar el fármaco a la dosis mínima necesaria por el período mínimo necesario.
- Se tendrá en cuenta la retirada del fármaco y la valoración de opciones de tratamiento no farmacológico.

En la actualidad no es posible recomendar el tipo de medicación para el tratamiento de PC específicos pues no hay datos que respalden tal especificidad (35).

### Riesgos inherentes a la prescripción de fármacos en los adultos con discapacidad intelectual y problemas de conducta

Casi todos los fármacos conllevan el riesgo potencial de producir efectos adversos. Sin embargo, las pruebas se derivan en gran parte de estudios realizados en pacientes que no tienen DI. Por ejemplo, los datos actuales demuestran que varios fármacos antipsicóticos más novedosos pueden producir aumento de peso y algunas anomalías metabólicas relacionadas con la tolerancia a la glucosa, el metabolismo de los lípidos y la secreción de prolactina (36).

No se dispone de datos de calidad satisfactoria que respalden o que refuten las inquietudes de que las personas con DI

puedan tener más riesgo de efectos adversos de los fármacos que la población general sin DI. La escasez de datos de buena calidad no significa que el fármaco conlleve un riesgo inaceptable específicamente para los adultos con DI.

En vista de las consideraciones anteriores, se han de tener en cuenta los siguientes puntos generales:

- Comentar con la persona o su familia o sus cuidadores, o con los tres, sobre los posibles efectos adversos frecuentes y graves relacionados con los fármacos (cuando sea posible proporcionar información accesible por escrito).
- Recomendar las acciones que han de tomarse cuando ocurra una reacción adversa importante.
- Todas las reacciones adversas deben registrarse en forma apropiada.
- Una vez que se prescribe el fármaco, se ha de valorar con regularidad el riesgo y el beneficio prestando especial atención a la calidad de vida de la persona y de su familia o sus cuidadores.

### Retirada de fármacos que se han prescrito por un periodo prolongado

Los estudios sobre la retirada de fármacos demuestran que en algunas personas con DI se puede retirar satisfactoriamente el medicamento después de un periodo prolongado de uso (37,38). En otro grupo se puede reducir la dosis pero no es posible la retirada total. Por último, sigue habiendo algunos casos en los que no se pueden reducir los fármacos aun después de un periodo de uso muy prolongado. Muchos factores afectan a la retirada satisfactoria del medicamento, entre ellos,

factores sociales y ambientales como la formación y la actitud del personal clínico. Sin embargo, basándose en tales datos, no es posible recomendar qué fármaco retirar y la rapidez de su retirada, pero se proponen las siguientes recomendaciones generales:

- Tratar de estabilizar el PC de la persona con un mínimo número de medicamentos prescritos en la dosis más baja posible.
- Retirar un medicamento a la vez.
- Retirar lentamente el medicamento.
- Si es necesario, dar tiempo (a veces algunas semanas) después de retirar un medicamento y antes de comenzar a retirar otro.

## PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

Existen planes para publicar esta guía en otros idiomas como se ha realizado con directrices previas producidas por la Sección de Psiquiatría de Discapacidades Intelectuales de la WPA. En este año se dispondrá de traducciones al español y al italiano. La sección también tiene pensado elaborar materiales de enseñanza sobre la valoración de los problemas de conducta en los adultos con discapacidad intelectual e intensificar los vínculos con otras organizaciones internacionales sobre este tema.

## Agradecimientos

Agradecemos a Nick Bouras por su apoyo para la guía. También agradecemos el apoyo de la Italian Society of Intellectual Disability por el desarrollo de la versión italiana de la guía, de Juan Carlos García Gutiérrez y la Sociedad Española para el Estudio Científico del Retraso Mental (AEECRM, por sus siglas en inglés) y a Virginia Otón y la Federación Española del Síndrome de Down (FESM) por la preparación de la versión en español.

## Bibliografía

1. Salvador-Carulla L, Bertelli M. 'Mental retardation' or 'intellectual disability': time for a conceptual change. *Psychopathology* 2008;41: 10-6.
2. Cooper S-A, Smiley E, Morrison J et al. Prevalence of and associations with mental ill-health in adults with intellectual disabilities. *Br J Psychiatry* 2007;190:27-35.
3. Einfeld SL, Piccinin AM, Mackinnon A et al. Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA* 2006;296:1981-9.
4. World Health Organization. Atlas on country resources in intellectual disabilities. Geneva: World Health Organization, 2007.
5. Deb S, Thomas M, Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *J Intellect Disabil Res* 2001;45:506-14.
6. Smith S, Branford D, Collacott R et al. Prevalence and cluster typology of maladaptive behaviours in a geographically defined population of adults with learning disabilities. *Br J Psychiatry* 1996;169: 219-27.
7. Qureshi H, Alborz A. Epidemiology of challenging behaviour. *Ment Hand Res* 1992;5:130-45.
8. Kiernan C, Reeves D, Hatton C et al. The HARC Challenging Behaviour Project. Report 1: Persistence and change in the challenging behaviour of people with a learning disability. Manchester: Hester Adrian Research Centre, University of Manchester, 1997.
9. Emerson E, Kiernan C, Alborz A et al. The prevalence of challenging behaviours: a total population study. *Res Dev Disabil* 2001;22: 77-93.
10. Lowe K, Allen D, Jones E et al. Challenging behaviours: prevalence and topographies. *J Intellect Disabil Res* 2007;51:625-36.
11. Royal College of Psychiatrists. Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD). London: Gaskell, 2001.
12. Cooper S-A, Smiley E, Allan LM et al. Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *J Intellect Disabil Res* 2009;53:217-32.
13. Cooper S-A, Smiley E, Allan LM et al. Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour, and related factors. *J Intellect Disabil Res* 2009;53:200-16.
14. Iarke DJ, Kelley S, Thinn K et al. Psychotropic drugs and mental retardation: 1. Disabilities and the prescription of drugs for behaviour and for epilepsy in 3 residential settings. *J Ment Defic Res* 1990;28:229-33.
15. Deb S, Fraser W. The use of medication in people with learning disability: towards more rational prescribing. *Hum Psychopharmacol* 1994;9:259-72.
16. Sprent S, Conroy J, Jones J. Use of psychotropic medication in Oklahoma: a statewide survey. *Am J Ment Retard* 1997;102:80-5.
17. Emerson E, Kiernan C, Alborz A et al. Predicting the persistence of severe self-injurious behaviour. *Res Dev Disabil* 2001;22:67-75.
18. Einfeld SL, Tonge BJ. Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II. Epidemiological findings. *J Intellect Disabil Res* 1996;40:99-109.
19. Green V, O'Reilly M, Itchon J et al. Persistence of early emerging aberrant behaviour in children with developmental disabilities. *Res Dev Disabil* 2005;26:47-55.
20. Totsika V, Toogood S, Hastings RP et al. Persistence of challenging behaviours in adults with intellectual disability over a period of 11 years. *J Intellect Disabil Res* 2008;52:446-57.
21. Carr EG, Levin L, McConnachie G et al. Communication-based intervention for problem behavior: a user's guide for producing positive change. Baltimore: Brookes, 1994.
22. Didden R, Duker PC, Korzilius H. Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. *Am J Ment Retard* 1997;101:387-99.
23. Durand VM. Problem behaviour as communication. *Behaviour Change* 1993;10:126-97.
24. Schroeder SR, Tessel RE, Loupe PS et al. Severe behavior problems among people with developmental disabilities. In: MacLean WE, Jr. (ed). *Ellis' handbook of mental deficiency, psychological theory and research*, 3rd ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1997:439-64.
25. Sigafoos J. Communication development and aberrant behaviour in children with developmental disabilities. *Educ Train Ment Retard Dev Disabil* 2000;35:168-76.
26. McGillivray JA, McCabe MP. Pharmacological management of challenging behavior of individuals with intellectual disability. *Res Dev Disabil* 2004;25:523-37.

27. Deb S. The role of medication in the management of behaviour problems in people with learning disabilities. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities* 2007;1:26-31.
28. Tyrer P, Oliver-Africano PC, Ahmed Z et al. Risperidone, haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. *Lancet* 2008;371:57-63.
29. Aman M, Gharabawi G. Treatment of behaviour disorders in mental retardation: report on transitioning to atypical antipsychotics, with an emphasis on risperidone. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1197-210.
30. Deb S, Clarke D, Unwin G. Using medication to manage behaviour problems among adults with a learning disability: Quick Reference Guide (QRG). Birmingham: University of Birmingham; London: Royal College of Psychiatrists, 2006; www.ld-medication.bham.ac.uk.
31. Fletcher R, Loschen E, Stavrakaki C et al (eds). *Diagnostic Manual- Intellectual Disability (DM-ID): a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. Washington: National Association for the Dually Diagnosed Press and American Psychiatric Association, 2007.
32. National Institute for Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk.
33. Mezzich JE. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 2007;6:1-3.
34. Unwin G, Deb S. Psychiatric and behavioural assessment scales for adults with learning disabilities. *Advances in Mental Health in Learning Disability* 2008;2:37-45.
35. Unwin G, Deb S. Use of medication for the management of behaviour problems among adults with intellectual disabilities: a clinicians' consensus survey. *Am J Ment Retard* 2008;113:19-31.
36. Ucok A, Gaebel W. Side effects of atypical antipsychotics: a brief overview. *World Psychiatry* 2008;7:58-62.
37. Ahmed Z, Fraser W, Kerr MP et al. Reducing antipsychotic medication in people with a learning disability. *Br J Psychiatry* 2000;178: 42-6.
38. Branford D. Factors associated with the successful or unsuccessful withdrawal of antipsychotic drug therapy prescribed for people with learning disabilities. *J Intellect Disabil Res* 1996;40:322-9.