

# Referencias Conceptuales y Teóricas

El reconocimiento de su derecho a vivir “vidas normales”, el cierre de instituciones de larga estancia, el desarrollo de apoyos inclusivos centrados en las necesidades de la persona, la influencia de las familias a través de asociaciones en la gestión y provisión apoyos, y el movimiento de autodefensa han sido algunos de las principales cuestiones que han afectado a la planificación y ejecución de la atención para las personas con discapacidad intelectual.

La nueva ideología dominante basada en el paradigma de calidad de vida se rige por un **enfoque holístico** en el que la persona se sitúa en el centro, dándose cada vez un mayor énfasis a sus preferencias, elecciones, y a su satisfacción como consumidor. La participación, integración y contribución son los principios rectores de los apoyos que se prestan desde los servicios... ¿de todos los servicios?, ¿realmente es así?, ¿qué ocurre cuando la persona presenta problemas de conducta? A pesar de que se conoce la mayor necesidad de asistencia médica, se sabe también que las posibilidades de acceso a los dispositivos de salud son inferiores a la esperada y que, por tanto, las personas incluidas en este colectivo tienen un mayor riesgo de que sus patologías no se diagnostiquen ni se traten de manera correcta, circunstancia que, entre otras, puede generar un envejecimiento prematuro.

Esta realidad es más evidente en lo referente a la salud mental. Para una persona con discapacidad intelectual, con dificultades de adaptación al medio, una enfermedad mental adicional puede suponer requerir de una atención más intensa con mayores necesidades de apoyo, y puede conducir a que su calidad de vida permanezca seriamente dañada si sus problemas psiquiátricos no son diagnosticados y tratados de forma eficaz. Pero, ¿qué podemos hacer?

La urgencia y la presión por resolver situaciones que “a todos nos queman”, puede conducirnos a caer en el error involutivo de pretender afrontar los problemas conductuales derivados de la enfermedad mental mediante la puesta en marcha de “infraestructuras” destinadas, a modo de solución transitoria o definitiva, a “custodiar” personas que nos desafían con su comportamiento, alejándolas del entorno social y olvidándonos de que lo más importante es, sobre todo, disponer de profesionales suficientemente capacitados y con experiencia en todos los niveles de atención que aseguren su permanencia en la comunidad y que ésta actúe a modo de prevención primaria. **¡Ese es el reto!**

Las personas con discapacidad intelectual (DI) pueden presentar los mismos trastornos psicopatológicos que muestran las personas sin discapacidad intelectual, en este sentido destaca el hecho de una mayor incidencia de trastornos de conducta y enfermedad mental respecto a la de la población sin discapacidad intelectual. Existen diversos factores biológicos, psicológicos y sociales determinantes interrelacionados que motivan esta mayor incidencia (fenotipos comportamentales, escasas habilidades de autocontrol, conflictos de autoestima, rechazo social...). Además, en los últimos años se está identificando un mayor número de personas con Discapacidad Intelectual y Trastorno Mental (DI-TM).

En la Comunidad de Madrid hay cerca de 21.000 personas con discapacidad intelectual se estima que aproximadamente un 30% presenta problemas de salud mental (Salvador-Carulla, et al., 2007<sup>1</sup>). Por tanto, unas 7.000 personas con discapacidad intelectual podrían tener un diagnóstico de enfermedad mental añadido a la Discapacidad intelectual y susceptible de un tratamiento específico. En relación con trastornos mentales concretos, recientemente se ha estimado que, en España, la presencia de trastornos psicóticos en las personas con DI es hasta 31 veces más frecuente que en la población general (Martínez-Leal et al., 2011<sup>2</sup>), en particular las cifras de prevalencia de trastornos psicóticos en personas con DI giran en torno al 10% (\*Salvador-Carulla, et al., 2007). En el caso de los trastornos del humor la prevalencia en nuestro país está en torno al 8,6%, encontrando la misma prevalencia, 8,6%, para los trastornos de ansiedad (Salvador-Carulla, et al., 2007). En cuanto a los trastornos de conducta, los estudios en España indican que están presentes en alrededor del 30% de los adultos con DI (Salvador-Carulla, et al., 2007).

La atención de la enfermedad y la determinación del tratamiento corresponde al sistema sanitario. Sin embargo, las dificultades de la persona para manifestar sus estados emocionales unidas a la falta de instrumentos de valoración adecuados y de formación específica de los profesionales de la salud, lleva en muchas ocasiones a intervenciones o tratamientos inadecuados. Esto nos lleva a una mayor implicación en los centros de atención a personas con discapacidad intelectual, como centros ocupacionales o centros de día, donde la persona con DI-TM es atendida y que, con pocos recursos (ratio, tiempos, perfiles profesionales), tratan de dar respuesta a sus necesidades concretas.

Diluyéndose así la responsabilidad de lo sanitario con lo social.

1

---

<sup>1</sup> \*Salvador-Carulla, L., Martínez-Leal, R., Salinas, J.A. (2007). *Trastornos de la salud mental en personas con discapacidad intelectual: declaración feaps e informe técnico*. Madrid: FEAPS.

\* Martínez-Leal et al. (2011). *La salud en personas con discapacidad intelectual en España: Estudio europeo POMONA-II*. *Revista de Neurología*, 53(7), 406-414.

Ante esta situación, FEAPS MADRID en el marco del programa de Desventaja Social financiado con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha constituido un grupo de expertos (psiquiatras y psicólogos) para que aborden esta problemática.

De la reflexión colectiva y la experiencia profesional de todos ellos surge este documento, que no pretende ser más que una herramienta para psicólogos de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual que les ofrezca orientaciones precisas para la evaluación e intervención con personas con DI-TM. El documento trata por módulos temáticos aquellos trastornos y problemas de conducta que con más frecuencia pueden presentar las personas con discapacidad intelectual. En cada uno de los módulos se aporta una breve definición genérica del problema o trastorno, una relación de los síntomas y signos o indicadores conductuales más frecuentes, algunas herramientas para facilitar su detección y orientaciones para la intervención.

Por último, cada módulo recoge algunos factores de vulnerabilidad, así como un conjunto de buenas prácticas para la inmutabilidad que desde el centro se pueden adoptar con el fin de prevenir y evitar la aparición del trastorno o de futuras recaídas y/o minimizar su impacto sobre la persona y el entorno que le rodea. Para la recuperación de la persona intervienen muchos agentes en función de los entornos donde se desenvuelve: familia, amigos, psiquiatra, compañeros y profesionales del centro. Cada entorno juega un papel muy importante. Pero es importante tener claro donde empiezan y acaban las responsabilidades de cada uno. Nuestro papel y alcance en el proceso de evaluación e intervención con frecuencia va a depender del tipo de centro, el personal del que se dispone y del tipo de trastorno, su evolución y severidad. Por tanto, **NO corresponde necesariamente** a los profesionales de los centros del movimiento asociativo:

- Hacer un diagnóstico.
- determinar el tratamiento farmacológico.
- Variar la medicación.

Sin embargo, desde los centros Sí podemos:

- Prevenir situaciones que predispongan o aumenten las posibilidades de que la persona presente problemas de conducta o trastornos relacionados con la salud mental.
- orientar, asesorar y formar al personal de atención directa sobre el trastorno mental específico.
- detectar el problema de conducta o la posible presencia del trastorno psicopatológico asociado.
- Informar y orientar a recursos específicos a la persona y a su familia.
- Apoyar a las personas con discapacidad-tM y a su familia.
- Evaluar y desarrollar un programa de intervención en el centro según el tipo de recurso y la naturaleza, evolución y severidad del problema.
- derivar a los servicios específicos o de salud mental en los casos necesarios y coordinarnos con los mismos para dar una mejor atención a la persona.

2

---

<sup>2</sup> se ha utilizado el DM-ID Manual de diagnóstico en Discapacidad Intelectual. Guía Clínica para el diagnóstico de enfermedades mentales en personas con discapacidad intelectual (2010).

Los estudios y conclusiones sobre el grado de afectación en que las personas con discapacidad intelectual u otras discapacidades puedan padecer trastornos del estado de ánimo se remontan a hace dos décadas. Inicialmente diversos autores (Sovner y Hurley, 1993), propusieron una serie de criterios sintomáticos especiales para las personas con D.I. y trastornos del estado de ánimo. Posteriormente, Sovner y Lowry desarrollaron los correlatos conductuales de las manifestaciones clínicas de estos trastornos en las personas con D.I. basándose en los criterios sintomáticos del 'DSM (Lowry, 1998; Lowry y Sovner, 1992).

Una gran parte de las investigaciones sobre los trastornos del estado de ánimo en personas con DI se ha realizado en personas con discapacidad intelectual leve ya que los síntomas son muy similares a los de la población sin discapacidad. Sin embargo, en los casos de personas con D.I. grave o profundo y/o dificultades de comunicación el diagnóstico ha de estar basado fundamentalmente en la observación de la conducta. En la medida en que la D.I. es más grave los síntomas van adquiriendo características de trastornos de conducta y perdiendo manifestaciones cognitivas. Se han descrito los síntomas del trastorno Bipolar I y del trastorno depresivo mayor en personas con Deficiencias pero apenas se han estudiado otros trastornos del estado de ánimo como la distimia, ciclotimia, etc.

Así pues, asociaremos los principales trastornos que nos encontraremos dentro de las diferentes intervenciones de discapacidad, que como hemos anteriormente argumentado por patrones de correlaciones serán parte de nuestro día a día.

Los diferentes trastornos que analizaremos serán:

- TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y DISCAPACIDAD
  1. INTRODUCCIÓN
  2. DEPRESIÓN
  3. MANÍA
- TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DISCAPACIDAD
  1. INTRODUCCIÓN
  2. TRASTORNO DE ANGUSTIA / PÁNICO
  3. AGORAFOBIA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL
  4. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
  5. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO
  6. FOBIA Y DISCAPACIDAD
  7. TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL
- ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

---

<sup>i</sup> El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (**DSM**, por sus siglas en inglés) **es** propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría e inició su publicación en 1952.