

-- T. Clínica --

1. Trastornos Del estado De Ánimo y Discapacidad

• INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos principales es mejorar la precisión con la que se diagnostican los trastornos del estado de ánimo en la población con discapacidad teniendo en cuenta una serie de claves:

- La distinta fenomenología que presentan las personas con DI, que puede derivar en que no se detecte el trastorno del estado de ánimo.
- Que ciertas personas con DI pueden presentar síntomas de un trastorno del estado de ánimo producidos por un problema médico no diagnosticado. En el diagnostico diferencial será necesario realizar una evaluación médica exhaustiva descartando la etiología orgánica del trastorno.
- Es primordial que los clínicos obtengan toda la información posible sobre la conducta habitual del individuo y su rango de habilidades y capacidades, de forma que cualquier variación del comportamiento respecto a las actividades habituales pueden darnos información sobre la presencia de un trastorno.
- Al igual que en la población sin discapacidad, se debe valorar y explorar posibles antecedentes familiares y personales de trastornos del estado de ánimo.
- Las alteraciones conductuales (aislamiento, pasividad, agresividad, conductas disruptivas...) no son un indicador exclusivo de un trastorno del estado de ánimo, sino que pueden ser también la manifestación conductual de otro tipo de problemas como: malestar somático, situaciones de frustración, otro trastorno mental, ...Por esta razón es fundamental recopilar toda la información posible a través de familiares y profesionales, sobre signos y síntomas de alteraciones del estado de ánimo y cambios respecto al funcionamiento habitual. Es necesario dedicar periodos de observación largos. Realizar un diagnóstico o evaluación de un trastorno del estado de ánimo en personas con D requiere de más tiempo que el empleado habitualmente en personas sin discapacidad.

• DEPRESIÓN

1. ¿QUÉ ES?

Definición, criterios diagnósticos, curso y prevalencia

1.1. DEFINICIÓN

La depresión es un síndrome clínico caracterizado por un estado de ánimo persistente de tristeza junto con otros síntomas que simultáneamente pueden aparecer o no con una intensidad relativa y variable (valoración negativa, falta de interés, inhibición motora...).

1.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Episodio depresivo mayor

A. Presencia de cuatro (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer o (3) estado de ánimo irritable.

(1) Estado de ánimo depresivo: en personas con Deficiencias, el estado de ánimo depresivo puede ser descrito por otras fuentes de una o varias de las siguientes maneras, que suponen un cambio en lo que se observa habitualmente en el individuo: expresión facial triste, estado de ánimo apagado o ausencia de expresión emocional, sonríe o ríe poco, llora o parece con ganas de llorar.

Las personas que observan a las personas con deficiencias describen que están irritables como: con aspecto gruñón o con expresión facial de enfado, inicio (o aumento) de comportamientos agitados (agresión, conducta autolesiva, escupir, que grita, dice palabrotas, con comportamientos destructivo o perturbador) acompañados de un sentimiento de enfado. Las personas con un trastorno generalizado del desarrollo o personas con DI que parten de base con estereotipias y/o comportamientos repetitivos o rituales, pueden producir un aumento de los mismos cuando están irritables.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer: las personas que observan a la persona con DI describen que: deja de participar en sus actividades preferidas, parece retraída, pasa demasiado tiempo sola (más tiempo que antes), participa pero no muestra signos de disfrutar, se vuelve agresiva cuando se le pide participar en actividades que le solían gustar, deja de responder a refuerzos, los objetos o acontecimientos que antes le motivaban ya no lo hacen, evita las actividades sociales, es agresiva o muestra agitación cuando tiene que asistir a actividades sociales que antes le gustaban.

(3) Pérdida importante de peso: las personas que observan a la persona con DI describen que: come en exceso, está obsesionado con la comida, roba comida, rechaza las comidas, ha perdido o ganado peso recientemente, tiene un comportamiento muy nervioso durante las comidas o en relación con los alimentos (tira la comida al suelo, grita cuando llega la comida).

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día: las personas que observan a la persona con DI describen que:

tiene problemas para quedarse dormido, se despierta muy temprano por la mañana, duerme demasiado, presenta recientemente problemas de comportamiento a última hora de la noche, a primera hora de la mañana, duerme siestas frecuentes, se queda dormido durante el día, está dando vueltas toda la noche, duerme poco por la noche y parece cansado.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido). Las personas que observan a la persona con déficits describen que: apenas se sienta, se levanta con mucha frecuencia, se mueve de un lado para otro, camina rápido, se mueve rápido, tiene movimientos lentos, disminuye o deja de hablar por completo, vocaliza mucho más o menos de lo normal, está mucho menos activo físicamente que antes.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día. Las personas que observan a la persona con déficits describen que: parece cansada o dice estar cansada, rechaza actividades que requieran esfuerzo físico, o se pone nerviosa por ellas, pasa demasiado tiempo simplemente sentada o tumbada, tiene ojeras.

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo). Las personas que observan a la persona con déficits describen que: habla negativamente de sí mismo, se considera una “mala persona”, a menudo espera recibir un castigo incluso si no tiene un historial de malos tratos, se culpa por problemas de los que no es responsable, teme que los cuidadores se enfaden con ella o le rechacen incluso tras transgresiones menores, busca reafirmación en exceso de que se le considera una buena persona, o habla negativamente de sí mismo con mucha frecuencia (lo que supone un cambio respecto a su comportamiento habitual). *Las personas con deficiencias Intelectuales grave y profunda no funcionan a niveles cognitivos consecuentes con la capacidad de experimentar o expresar culpabilidad o inutilidad.*

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena). Las personas que observan a la persona con déficits describen que: muestra un descenso del rendimiento en el trabajo o en el programa de día, ha perdido habilidades de cuidado personal, se distrae fácilmente o deja inacabadas tareas que antes podía concluir, han empezado a mostrar comportamiento agitados, o un aumento de los mismos, cuando tiene que hacer actividades de requieren concentración, tiene problemas de memoria que “van y vienen”, presenta pérdida de

habilidades sin justificar, es incapaz de aprender nuevas habilidades como se esperaba o ha tenido que dejar de trabajar o suspender su participación en cursos por malos resultados.

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Las personas que observan a la persona con déficits describen que: habla frecuentemente de la muerte o de personas que han fallecido o tiene preocupaciones morbosas, se queja de problemas físicos infundados o irrealistas y tiene miedo de la enfermedad o de la muerte, amenaza con matarse o hacerse daño o ha intentado suicidarse (métodos poco convencionales como tirarse a la carretera cuando pasa un coche o saltar por la ventana pueden ser actos impulsivos, pero con naturaleza suicida).

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Las personas con deficiencias pueden perder sus plazas en instituciones residenciales, puestos de trabajo, u otros programas debido a una pérdida aparente de habilidades o a comportamientos perturbados asociados, o pueden provocar estrés significativo en sus familiares o cuidadores.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

En personas con DI, casi cualquier problema físico con dolor o malestar puede también dificultar la concentración, alterar el sueño, la alimentación y causar agitación psicomotora. Además de las causas directas de los problemas afectivos (trastornos de la función tiroidea), infecciones, problemas médicos comunes provocan síntomas que parecen propios de la depresión. Estos problemas incluyen infecciones urinarias, otitis media, celulitis, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, migrañas, una serie de trastornos del movimiento inducidos por medicamentos (¹acatisia, otros síntomas extrapiramidales) y otros efectos secundarios de medicamentos (letargo, sedación, delirium).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. El impacto de los acontecimientos vitales estresantes en personas con déficits I puede estar infravalorado. un suceso sencillo, como un cambio personal, puede provocar una reacción intensa.

¹ La **acatisia** es una sensación subjetiva difícil de describir para quien la sufre en primera persona. Se trata de una sensación de incomodidad que produce al sujeto la necesidad de moverse, especialmente de mover las piernas

Trastorno depresivo mayor, episodio único

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

*véase criterios del episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Es difícil realizar el diagnóstico diferencial entre depresión con rasgos psicóticos y otros síndromes diversos caracterizados por la psicosis, pero con características del estado de ánimo depresivo. Esta dificultad también se produce en personas con DI leve. Es importante considerar el perfil de desarrollo de las habilidades y los problemas y en qué manera afecta a la cognición. Las personas con DI desarrollan actividades similares a las de los niños pequeños y el perfil de desarrollo con el que operan cognitivamente y emocionalmente les limita la distinción entre fantasía y realidad y suelen afrontar el estrés con fantasía, hablar consigo mismo o expresar miedos extraños o intensos. Normalmente no se puede diagnosticar un trastorno psicótico a personas con DI grave o profunda. Evitar el diagnóstico de psicosis porque la persona parezca “rara”, por falta de pruebas válidas del significado de los comportamientos inusuales de las personas con mayores deficiencias del Snc y discapacidades cognitivas graves.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco (esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica).

D. Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:

* Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

1. Gravedad del episodio actual:

- *Leve*
- *Moderado*
- *Grave sin síntomas psicóticos*
- *Grave con síntomas psicóticos*
- *En remisión parcial/en remisión total*

La percepción de la gravedad del trastorno del estado de ánimo se ve influida por factores contextuales y el nivel de apoyo disponible para la persona con déficits, así como cualquier otro comportamiento agresivo coexistente.

2. Curso del episodio:

- *crónico* (se cumplen todos los criterios para el diagnóstico para un trastorno depresivo mayor durante al menos 2 años).
- *de inicio en el posparto*

3. Tipología del episodio actual:

- *con síntomas catatónicos*
- *con síntomas melancólicos*
- *con síntomas atípicos*
- *no especificado*
- *con síntomas catatónicos.*

El cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

(1) Inmovilidad motora que puede manifestarse por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o por estupor.

(2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).

(3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier tipo de órdenes, o mantenimiento de una postura rígida contra todo intento de ser movido).

(4) Peculiaridades del movimiento voluntario que pueden manifestarse en la postura (adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas) movimientos estereotipados, manierismos patentes o gesticulación exagerada.

(5) ²Ecolalia o ecopraxia. Las personas que observan al sujeto con déficits pueden notar que tiene etapas en que: se queda inmóvil durante mucho tiempo o permanece en la misma postura, parece muy quieto y sin dar respuesta, adopta posturas extrañas o va de un lado para otro (todos estos comportamientos constituyen una modificación con respecto al punto de partida y varían junto con otros síntomas del estado de ánimo). La ecolalia y demás alteraciones del habla pueden ser características de partida del individuo que aumentan en periodos de malestar, especialmente en personas con trastornos generalizados del desarrollo. diversos problemas producen un exceso de actividad motora involuntaria, entre ellos problemas producidos por la medicación como la acatisia.

La presencia de gesticulación o inmovilidad en pacientes con DI en tratamiento con dopaminas antagonistas debe evaluarse con atención por si se producen distonías u otros trastornos motores inducidos por neurolépticos. Las personas con una DI más grave presentan mayor incidencia de comportamientos estereotipados cuya frecuencia o intensidad aumenta en periodos de malestar. Las personas con déficits y epilepsia pueden presentar comportamientos y posturas extraños asociados a determinados focos epilépticos.

² Perturbación del lenguaje que consiste en repetir el enfermo involuntariamente una palabra o frase que acaba de oír o pronunciar él mismo.

- *con síntomas melancólicos:*

Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el período más grave del episodio actual:

(1) Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades o

(2) Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

Tres o más de los siguientes síntomas:

(1) Una cualidad distintiva del estado ánimo depresivo (por ejemplo, el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido).

(2) La depresión es habitualmente peor por la mañana.

(3) Despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse).

(4) Enlentecimiento o agitación psicomotores.

(5) Anorexia significativa o pérdida de peso.

(5) Culpabilidad excesiva o inapropiada.

Puede ser complicado identificar una cualidad distintiva del estado de ánimo.

Variación diurna: la persona con déficits se muestra más agitada o sintomática por la mañana, según describen sus observadores.

Los síntomas cognitivos, como el sentimiento de culpa, no se pueden identificar en personas con DI grave o profunda.

- *con síntomas atípicos:*

Reactividad del estado de ánimo (ese estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas) Dos (o más) de los síntomas siguientes:

(1) Aumento significativo del peso o apetito.

(2) Hipersomnia.

(3) Abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesadas o inertes).

(4) Patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro laboral o social significativo.

En el mismo episodio no se cumple los criterios para los síntomas melancólicos ni para los síntomas catatónicos.

La información obtenida por observación de la persona indica que duerme mucho más de lo habitual, que busca continuamente reafirmación por parte de sus cuidadores o que comenta que no le gusta a los demás. El abatimiento es difícil de detectar incluso en personas con DI leve. Las personas con DI grave y profunda no saben describir el abatimiento, el sentimiento de culpa, o mostrar síntomas de un patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo, aunque la existencia de un patrón de comportamiento en que la persona busca repetidamente reafirmación de que son los “buenos” o de que le gusta a los demás pueden reflejar este fenómeno.

Trastorno depresivo mayor recidivante

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

Gravedad del episodio actual:

- Leve.
- Moderado.
- Grave sin síntomas psicóticos.
- Grave con síntomas psicóticos.
- En remisión parcial/en remisión total.

Evolución/Curso de los episodios:

- crónico (se cumplen todos los criterios para el diagnóstico para un trastorno depresivo mayor durante al menos 2 años).
- de inicio en el posparto.
- con y sin recuperación interepisódica.
- con patrón estacional.

Tipología del episodio actual:

- con síntomas catatónicos.
- con síntomas melancólicos.
- con síntomas atípicos.
- no especificado.

Trastorno distímico

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. (En personas con DI leve y profunda: estado de ánimo crónicamente depresivo o irritable la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años).

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Pérdida o aumento de apetito.**
- (2) Insomnio o hipersomnia.**
- (3) Falta de energía o fatiga.**
- (4) Baja autoestima.**
- (5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.**
- (6) Sentimientos de desesperanza.**

Las personas con dl leves son particularmente vulnerables a problemas de autoestima relacionados con un fuerte deseo de ser “normal” y un sentido de desesperanza de que los acontecimientos/logros típicos de la vida adulta no se producirán (por ejemplo, sacarse el carnet de conducir, tener hijo o casarse). Este sentimiento es aún mayor cuando la persona tiene una relación muy estrecha con hermanos o amigos sin dl que sí empiezan a tener estas experiencias.

Las personas con dl grave y profunda no suelen experimentar o expresar los síntomas cognitivos de distimia. Los problemas crónicos de atención se atribuyen a menudo a los mismos factores que provocan la dl. Es importante establecer que síntomas crónicos como llorar, tener aspecto triste y alteraciones de los patrones del sueño, alimentación y actividad motora no se deben a la existencia de un trastorno depresivo mayor sin tratar o con un tratamiento inadecuado.

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativo durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.
- Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

- con síntomas atípicos.

Trastorno depresivo no especificado

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado.

1.3. ³PREVALENCIA

No existen datos actualizados y específicos de la DI en cada uno de los cuadros descritos previamente. En cuanto a los datos de prevalencia, diversos estudios en población con DI sitúan los datos entre el 1,3 y el 4,6% de la población (Deb, Matthews, Holt y Bouras, 2001; Rodríguez-Blázquez, Salvador-Carulla, Romero y Atienza, 1998). En población general los estudios hablan de una prevalencia en torno al 5%.

³ **Prevalencia** a la proporción de individuos de un grupo muestra o población que presentan una característica o evento determinado (enfermedades). Por lo general, se expresa como una fracción, un porcentaje o un número de casos por cada 10 000 o 100.000 personas. Podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de periodo.

- **Prevalencia puntual:** cuántas personas de un grupo definido están enfermas en un determinado momento. Ejemplo hipotético: 1% de los empleados están enfermos esta semana.
- **Prevalencia de periodo:** la proporción de personas que están o estarán enfermas en algún momento. Ejemplo hipotético: 10% de los habitantes de este pueblo tendrá un resfriado en algún momento durante su vida.

2. ¿COMO IDENTIFICARLA?

Síntomas, signos e indicadores conductuales. Diagnóstico diferencial.

2.1. SÍNTOMAS, SIGNOS E INDICADORES CONDUCTUALES

Recuerda que:

Los síntomas/signos deben representar un cambio respecto al comportamiento y la personalidad del usuario (resulta necesario un buen registro premórbido).

En muchas ocasiones los síntomas o signos son comunes con la población general, pero tienden a pasarse por alto o a atribuirse a la propia discapacidad dado que sus habilidades y oportunidades se encuentran ya previamente limitadas.

En líneas generales las personas con mayores necesidades de apoyo manifiestan con más frecuencia signos o síntomas somáticos y motores, siendo los cognitivos más propios de personas con menores necesidades de apoyo. La sintomatología afectiva se presenta en todos los casos si bien el peso de los aspectos verbales y no verbales variará según las capacidades comunicativas de la persona.

Se considera episodio ante un marco temporal superior a dos semanas. La presencia de uno o más episodios se considera un trastorno depresivo mayor. Si se trata de un estado de ánimo crónicamente depresivo durante al menos dos años se considera trastorno distímico.ⁱⁱ

Los síntomas/signos no deben ser consecuencia directa de drogas o efectos fisiológicos de una sustancia o una enfermedad médica, otro trastorno mental ni trastornos físicos (ej. Hipotiroidismo).

Los síntomas/signos provocan malestar significativo, deterioro social, o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Este deterioro puede pasar más desapercibido debido a que el contexto está más controlado habitualmente y a la menor exigencia ambiental.

En ocasiones, los comportamientos externalizados, como agresión, destrucción de la propiedad, gritos o una conducta autolesiva grave se convierten en el punto central de la evaluación, desviando la atención de otros cambios del estado mental o del comportamiento, relevantes para el diagnóstico y que pueden en realidad ser la causa del comportamiento perturbado. Se pueden pasar por alto signos de un estado de ánimo alterado, cambios del apetito, problemas de sueño, andar de un lado para otro o enlentecimiento, a no ser que el profesional haga preguntas específicas para detectar la información sobre estas otras áreas críticas de actividad del individuo.

Nivel Cognitivo	
Síntomas o Signos	Algunos Indicadores

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.	Dificultad para mantener la atención hacia la tarea o actividad incluso en las que le eran gratificantes.
Pérdida de iniciativa.	Mayor necesidad de apoyo físico y verbal para la iniciación de actividades, o para indicar su finalización incluso en las que le eran gratificantes.
Indecisión.	Dudas constantes, necesidad de reafirmación y confirmación...
Ideas de inutilidad inapropiados.	Mayor dependencia, más demanda de apoyo en relación al nivel de necesidades previo, infravaloración de sus capacidades y potencial...
Ideas de culpa o inapropiados. (atribuirse responsabilidad de determinadas situaciones)	Conductas de evitación o aislamiento, conductas dirigidas a la reparación o compensación del supuesto daño, y de autocastigo...
Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, o una tentativa de suicidio.	Menos frecuente en el caso de tentativas de suicidio, pero los pensamientos de muerte si se presentan al igual que en la población general. El contenido de la ideación puede ser menos elaborado.
Pérdida de autoestima.	Minusvaloración de sus capacidades. Descuido en el aspecto físico.
Tendencia a centrarse en los aspectos más negativos tanto propios como ajenos que afectan a la persona. Ideas de Desesperanza	Verbalizaciones negativas

Nivel Fisiológico-Emocional	
Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Aumento/disminución del apetito.	Aumento/disminución peso. Esconder la comida, conducta de pica, rechazo a ir al comedor, robar comida, comer a deshoras...
Alteración del sueño (muy importante conocer patrón de sueño anterior)	Dificultad inicio de sueño Despertar nocturno Duerme más de 12 horas o muy frecuentemente *El insomnio o la hipersomnia pueden deberse a otros factores como la falta de actividades durante el día o debido a los fármacos que toman.

Fatiga	Dudas constantes, necesidad de reafirmación y confirmación...
Aparición o incremento de las quejas somáticas o de la preocupación por la salud física	Incremento de las quejas sobre dolor, incremento de la preocupación por la salud física, petición de más medicación...
Pérdida de energía o incremento de la letargia	Deseo de quedarse en la cama, caminar lento o sin interés...
Apatía	Menor participación e interés en actividades cotidianas o programadas.
Estado anormal de tristeza (en su intensidad y/o duración)	Expresión facial triste, estado de ánimo apagado o ausencia de expresión emocional, sonríe o ríe poco, llora o parece con ganas de llorar.
Estado de ánimo irritable	Comienzo o incremento de la agresividad física o verbal en respuesta a eventos o cosas triviales; reducción en el nivel de tolerancia

Nivel Conductual	
Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Reducción o regresión de las habilidades de autocuidado y de la vida diaria.	Rechazo al aseo, mayor necesidad de apoyo para vestirse, pérdida de interés en la propia imagen...
Agitación motora.	Le cuesta permanecer sentado, se mueve continuamente...
Estupor catatónico y/o rigidez.	
Aparición o incremento de conductas autolesivas o agresivas.	Aspecto gruñón o con expresión facial de enfado, inicio (o aumento) de comportamientos agitados (agresión, conducta autolesiva, escupir, que grita, dice palabrotas, con comportamientos destructivo o perturbador) acompañados de un sentimiento de enfado.
Enlentecimiento motor.	Se mueve lentamente, habla menos, menos participativo, menos iniciativa comunicativa, rinde menos en las tareas habituales.
Reducción en la interacción social o incremento en el aislamiento social.	Disminución o evitación del contacto ocular, aislamiento.

2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para su diagnóstico diferencial, el trastorno depresivo mayor ha de diferenciarse de:

– **Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica:** las personas con DI presentan una elevada incidencia de trastornos médicos y problemas de salud coexistentes. Por ejemplo, las enfermedades tiroideas provocan síntomas de una alteración del estado de ánimo. Así mismo, los problemas médicos producen síntomas vegetativos o de agitación, (lo que puede confundirse con una depresión o un trastorno maníaco), y esto incluye problemas que habitualmente no se presentan en asociación con los trastornos del estado de ánimo, como estreñimiento, otitis media e infecciones urinarias. Esta dificultad es especialmente importante en personas que no pueden expresar verbalmente su malestar a los demás. Los trastornos con crisis convulsivas, de elevada incidencia en personas con DI y algunos síndromes asociados a DI se asocian específicamente a los trastornos del estado de ánimo. Algunas personas con DI que tienen epilepsia muestran un patrón de trastornos del sueño, hiperactividad y comportamiento agresivo o conflictivo, a lo que se añade que los fármacos antiepilépticos tienen efectos comprobados sobre el estado de ánimo y el comportamiento. También debe diferenciarse de la demencia, ya que ésta comparte muchos síntomas con la depresión como la apatía, enlentecimiento psicomotor,

– **Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias:** en el caso de que los síntomas depresivos sean consecuencia directa de los efectos fisiológicos de una sustancia (droga o medicamento).

– **Trastorno adaptativo con alteración del estado de ánimo:** valorar si la sintomatología depresiva aparece durante los tres meses siguientes a la presencia de un estresor, y no permanece más de seis meses una vez que el estresor ha cesado.

3. HERRAMIENTAS PARA DETECTARLO

- Listado de signos observables de depresión de Gedye (1998). *
- Registro de sueño/vigilia.
- Escala de discomfort (Hurley, volicer , Hanraban , Houde y volicer, 1992).
- Criterios diagnósticos específicos para Depresión Mayor en personas con Discapacidad Intelectual (Sovner,1986).
- Escala de Depresión del Mini-PASADD (Prosser, Moss, Costello, Simpson, Patel y Rowe, 1998). *
- Escala de Humor en el DASH-II (Matson, 1994; versión española Novell, 1999).

4. RECURSOS Y ORIENTACIONES PARA LA Intervención PSICOSOCIAL Y FARMACOLÓGICA

El tratamiento de la depresión puede realizarse con fármacos, con psicoterapia o con una combinación de ambas. Habitualmente se considera que es la combinación de fármacos con psicoterapia la mejor elección de tratamiento. En cualquier caso, es necesario realizar una valoración individual para adecuar la intervención.

A continuación, se describe cada una de las estrategias de intervención indicadas para el tratamiento de la depresión en personas con Discapacidad.

4.1. PSICOEDUCACIÓN SOBRE EL PROBLEMA

El proceso de psicoeducación permite a las personas afectadas y a sus familiares o cuidadores más cercanos

informarse sobre el trastorno y desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar con mayor efectividad

las posibles situaciones relacionadas con el problema puedan aparecer.

Las medidas psicoeducativas son aquellas técnicas cuyo objetivo fundamental, además del conocimiento,

es la prevención de futuras recaídas y ofrece a la persona elementos de autocontrol.

Algunas medidas psicoeducativas serían:

- Dotar a la persona y a sus cuidadores significativos (familia, cuidadores, ...) de un adecuado conocimiento del trastorno: su prevalencia, sus síntomas, su curso y pronóstico. El equipo de profesionales y las familias deberán tener en cuenta que el proceso de intervención puede ser más dilatado en el tiempo para una persona con D.

- Reforzar las fortalezas, recursos y habilidades de la persona y sus cuidadores significativos para hacer frente al trastorno y contribuir al mantenimiento de su bienestar.

En personas con mayores necesidades de apoyo la psicoeducación ha de adaptarse a su nivel cognitivo a través del uso de claves visuales, por ej., fotografías o imágenes que describan estados emocionales.

4.2. AJUSTE DEL ENTORNO

Es importante ajustar el medio en función de la situación clínica a través de las siguientes estrategias:

- Adaptar el entorno a la situación específica de la persona (horarios, organización, espacios, ...). Por ejemplo, acudir al centro menos horas, disminuir el nivel de exigencia en la realización de las tareas, tener una baja laboral si lo requiere, ...).

- Reducir la aversión del entorno. Disminuir situaciones aversivas y estresantes, modificar sus consecuencias o aliviar su impacto emocional.

- Si la persona presenta problemas de conducta (por ej., conducta autolesiva o hetero agresiva) que puedan estar asociados a su depresión habrá que plantearse un análisis multimodal de las mismas y un plan de prevención de riesgos.

- Aumentar la predictibilidad de entorno. Aumentar su estructuración y sus posibilidades de anticipación.
- Estar atento a las interacciones sociales que mantiene la persona con DI a fin de reducir situaciones conflictivas y favorecer las relaciones más positivas.
- Generar espacios donde el grupo pueda hablar de forma natural sobre sus logros, problemas e inquietudes.
- Enriquecer el medio social, cultural y, sobre todo, la red social de apoyo.
- Reestructurar o cambiar de medio, a fin de hacerlo más motivador, generador de metas y alicientes. Tener en cuenta sus gustos (música, colores,...). Dotarle de un espacio personal propio, a su gusto.
- Contar con un personal motivado, cuidando el desgaste profesional. Proporcionarles formación continuada, espacios para manifestar dudas, compartir conocimiento y experiencia.
- En personas con más necesidades de apoyo, individualizar la atención, asignarle un momento específico con el psicólogo en un encuentro enriquecedor y reforzante, no de queja.

4.3. Enseñanza DE HABILIDADES

Dentro de la enseñanza de habilidades destacamos los siguientes procedimientos de intervención:

4.3.1. Programación gradual de tareas y de actividades:

Se empezará por tareas más gratificantes, en las que se asegure el éxito, para la recuperación paulatina de habilidades que pueda haber perdido y mejorar su percepción de autoeficacia.

Elaborar una lista de actividades que le aseguren el reforzamiento positivo (social, material o autorrefuerzo). Proporcionar oportunidades de experiencias agradables según los intereses de cada persona y sus preferencias. Siempre es importante hacerle participe en la elaboración de la programación (ej. ir al cine, ir a un spa, pasear por el parque, actividades culturales, entre otras).

Programar la introducción progresiva de actividades de autocuidado, tales como la higiene, el vestuario y la apariencia personal, tratando de potenciar gradualmente su autonomía en este sentido.

4.3.2. Mejora del nivel de activación:

Incluir gradualmente el ejercicio físico en la planificación de actividades, partiendo de sus intereses. En el caso de personas con DI con mayores necesidades de apoyo se pueden utilizar recursos que promuevan la estimulación sensorial y/o el movimiento (videojuegos, música, etc.).

4.3.3. Entrenamiento en habilidades sociales para buscar aspectos que resulten reforzantes y aumentar su percepción de autoeficacia y control personal. Entrenamiento en habilidades sociales: elementos de comunicación no-verbal (mirada, tono de voz, gestos, etc.), iniciar y mantener conversaciones, etc., siempre teniendo en cuenta aquellas habilidades concretas que cada persona necesite en particular, e iniciando el entrenamiento de manera individual para después generalizarlo a situaciones grupales. Entrenamiento en asertividad, expresión de sentimientos, etc. En ocasiones puede ser pertinente incluir actividades que favorezcan la expresión emocional a través del cuerpo (por ej., baile, ejercicios con música, etc.).

4.3.4. Entrenamiento en técnicas de afrontamiento.

Para mejorar su percepción de control personal sobre el entorno vs. conductas de evitación o escape de los problemas, sería recomendable facilitar la toma de pequeñas decisiones con apoyo de claves visuales y ayudar a generar alternativas de conducta más adaptativas, ayudándoles a pensar en las consecuencias o efectos de sus acciones.

4.3.5. Entrenamiento en reestructuración cognitiva.

Incluye la reestructuración atribucional, aceptación cuando el cambio no es posible, generación de nuevas metas positivas realistas, reestructuración de distorsiones cognitivas. El entrenamiento debe ser adaptado a las capacidades cognitivas de la persona: ayudarle a expresar sus pensamientos y a relacionarlos con sus emociones, enseñarle a distinguir pensamientos negativos de los positivos y fomentar estos últimos. Hacerles más conscientes de que son responsables de sus emociones. Convendría apoyar este entrenamiento con estrategias como modelado, refuerzo diferencial y juegos en los que se relacionan pensamientos, sentimientos y acción.

4.4. CONTROL DE CONTINGENCIAS

El objetivo es proporcionar alternativas a los síntomas asociados a la depresión y reforzar la ausencia de síntomas de depresión. Se pueden utilizar sistemas de recompensa positivos donde la persona pueda visualizar sus logros (por ej., acudir al taller, participar en las actividades,...). También es conveniente no reforzar las quejas somáticas.

4.5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El objetivo del tratamiento en estos trastornos es la mejora del estado afectivo, del funcionamiento socio-laboral y de la calidad de vida global del paciente, disminuir la morbi/mortalidad, prevenir las recaídas de la depresión, y minimizar en lo posible los efectos adversos del tratamiento.

Fármacos antidepresivos. Consideraciones generales

Hay disponibles revisiones sistemáticas de ensayos clínicos randomizados que han encontrado que los fármacos antidepresivos son efectivos en el tratamiento de la depresión en todos sus grados de severidad, en pacientes con y sin enfermedades orgánicas concomitantes. Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas entre la eficacia de los distintos antidepresivos, que se distinguen más por su perfil de efectos secundarios. En conjunto los pacientes toleran mejor los ⁴ISRS (y los antidepresivos de nuevas generaciones), que los heterocíclicos, o los tricíclicos.

La prescripción de fármacos antidepresivos es el único tratamiento para el que se ha encontrado clara eficacia en el tratamiento de depresiones graves y/o psicóticas (solos o en combinación con psicoterapia), mientras que en depresiones más leves y moderadas son eficaces los antidepresivos y también algunas estrategias de psicoterapia (solas o en combinación con antidepresivos).

Factores que determinan la elección del antidepresivo.

- Respuesta previa: es razonable volver a utilizar el mismo fármaco, y a la misma dosis, que el que produjo respuesta en un episodio previo (o incluso, que haya resultado eficaz en un familiar de primer grado del paciente).
- Tolerancia a los efectos secundarios: los ISRS se toleran mejor, e incluso puede comenzarse desde el inicio con las mínimas dosis terapéuticas. Los antidepresivos tricíclicos o los IMAO's (estos últimos no se indican de primera elección, salvo en Depresiones Atípicas resistentes) suelen requerir escalada lenta de dosis, por sus problemas de tolerancia.
- Interacciones con otros fármacos o presencia de enfermedades médicas comórbidas.
- Coste económico.

En cualquier caso, hay que tener presente que la respuesta antidepresiva habitualmente tarda en aparecer varias semanas. Antes de las 4-6 semanas de tratamiento, este no puede ser desechado por ineficacia.

Principales antidepresivos disponibles en la actualidad y dosis mínimas utilizadas en adultos:

- Antidepresivos Tricíclicos: Amitriptilina (150 mg/día), Clorimipramina (150 mg/día), Imipramina (150 mg/día), Nortriptilina (75-150 mg/día), Lofepramina (140-210 mg/día).
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina: venlafaxina (150 mg/día), Duloxetina (60-120 mg/día).
- Activador noradrenérgico y serotoninérgico específico: Mirtazapina (15-30 mg/día).
- Inhibidores de la MAO (IMAO's): Moclobemida (300-600 mg/día), Tranilcipromina (20 mg/día).
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y dopamina: Bupropion (150-300 mg/día).

⁴ Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (**ISRS**) son los antidepresivos que se recetan con más frecuencia. Pueden aliviar los síntomas de la depresión moderada a grave, son relativamente seguros y, por lo general, ocasionan menos efectos secundarios que otros tipos de antidepresivos.

Algunos conceptos de la respuesta al tratamiento

Periodo de latencia de respuesta: tiempo necesario hasta que comienza a manifestarse el efecto terapéutico (2-6 semanas).

Respuesta al tratamiento: reducción, al menos a la mitad, de la intensidad de los síntomas depresivos.

Remisión: cuando el paciente recupera su estado basal.

Tratamiento de continuación: tiempo de tratamiento necesario para consolidar la respuesta inicial y prevenir la aparición de recaídas.

Tras un primer episodio de depresión mayor con una recuperación sintomática completa se recomienda mantener el antidepresivo durante un periodo de 6-12 meses. Posteriormente la retirada del tratamiento debe ser gradual y progresiva.

Existen evidencias claras que mantener el tratamiento durante 4-6 meses tras la recuperación reduce el riesgo de recaídas.

Recuperación: Se considera que el paciente se ha recuperado del episodio depresivo después de 6-12 meses de tratamiento antidepresivo, en los que ha permanecido asintomático.

Recaída: Reaparición de síntomas del mismo episodio depresivo (concepto de depresión recurrente). Si tiene lugar dentro del tratamiento profiláctico: optimizar dosis. Si ocurre una vez suprimido el tratamiento antidepresivo:

reanudar la pauta previa y mantener durante 3-5 años desde que el paciente se encuentra asintomático.

Falta de respuesta al tratamiento: lo fundamental y más frecuente es el inadecuado cumplimiento del tratamiento (en la pauta, o el tiempo de mantenimiento del fármaco).

Otros tratamientos somáticos

Tanto los ansiolíticos como los hipnóticos se utilizan habitualmente en el tratamiento sintomático de los

episodios depresivos (insomnio, o clínica ansiosa). Por otra parte, el tratamiento con neurolépticos se asocia

habitualmente a los antidepresivos en el tratamiento de depresiones graves con síntomas psicóticos asociados.

Existen otros tratamientos, como la Terapia Electroconvulsiva o la Terapia foto lumínica, que pueden ser valorados, en un segundo nivel asistencial, ante situaciones especiales:

- Resistencia a otras modalidades de tratamiento.
- Riesgo elevado de suicidio, que no permita esperar el tiempo de latencia necesario para la respuesta terapéutica de los fármacos o la psicoterapia.
- Depresiones con agitación psicomotriz de difícil control.
- Depresiones con síntomas psicóticos.
- Contraindicación u objeciones graves para el uso de antidepresivos (P.Ej el primer trimestre del embarazo).

Depresión resistente

Se considera resistente cualquier depresión que no responde a ningún tratamiento correctamente instaurado durante un periodo de tiempo determinado. Se puede establecer un límite sobre las 8 semanas de tratamiento sin obtener respuesta satisfactoria, para considerar un episodio depresivo como resistente.

Pasos a seguir:

- a. Revisar el diagnóstico.
- b. Asegurar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.
- c. Optimizar las dosis
- d. Determinación de niveles plasmáticos
- e. valorar comorbilidad somática y/o de otros trastornos mentales.

Si la respuesta al antidepresivo pautado no es la esperable conviene sustituir el antidepresivo por otro de un grupo distinto o bien, utilizar estrategias de potenciación: asociar litio, hormonas tiroideas o metilfenidato.

Otras opciones tras varios ensayos ineficaces:

- Considerar la utilización de un IMAO.
- Cambiar a otros antidepresivos (incluyendo la combinación de dos antidepresivos; o un antidepresivo tricíclico y un ⁵IMAO, en este orden temporal).
- Revisar la modalidad de psicoterapia elegida.
- Utilización de TEC de acuerdo con la gravedad y el riesgo suicida.
- Interconsulta a otro profesional.

Asimismo, las personas son especialmente vulnerables a padecer una serie de efectos adversos de la medicación, como síntomas extrapiramidales (Movimientos incontrolables de su lengua, quijada, labios o cara, como fruncir, masticar o parpadear frecuentemente. Movimientos incontrolables de sus dedos o dedos de los pies, inclinación de la cabeza o empujar con el área de la pelvis. Respiración rápida e irregular con gruñidos, jadeos o suspiros.) Y síntomas relacionados con la toxicidad de los fármacos, ya que probablemente no se quejen de efectos indeseados y malestar derivado de su consumo.

⁵ La **monoamino oxidasa A (MAO-A)** es una enzima que regula la degradación metabólica de serotonina y noradrenalina en el sistema nervioso. Ambos neurotransmisores han sido claramente involucrados en la modulación de la agresión.

Tricíclicos: Antidepresivos con una estructura molecular de tres anillos. Estos fármacos bloquean la recaptación de noradrenalina y serotonina y son antagonistas competitivos de los receptores de acetilcolina muscarínicos (M1), de los de la histamina (H1) y de los α adrenérgicos.

5. ALGUNOS FACTORES DE VULNERABILIDAD Y PROTECCIÓN

FACTORES	
FACTORES DE VULNERABILIDAD	BBPP (Buenas Prácticas) PARA LA INMUNIDAD
Padecer Síndrome de Down.	Prevención teniendo en cuenta la historia familiar y el fenotipo comportamental propio del síndrome.
Adolescentes con ⁶ Síndrome de Williams, (porque tienden a sentirse solas llegadas a esta edad, discriminadas y se frustran por no conseguir pareja fácilmente).	Disponer de oportunidades para elegir y de un entorno rico en actividades y físicamente agradable. Utilización de claves visuales
Padecer Parálisis Cerebral (especialmente en los casos en los que existe una alta dependencia en su entorno en las relaciones con escasos intercambios sociales).	Utilización de Planificación Centrada en la Persona que tenga en cuenta el proyecto vital del individuo.
Eventos desencadenantes de un fuerte estrés (momentos de transición, pérdidas o rechazos personales, estresores ambientales, problemas de soporte social, frustración, estigmatización, etc.)	Potenciar su independencia reforzando actividades que realice por sí mismo. Reducir factores de sobreprotección familiar y del personal
Baja autoestima.	Ofertarle nuevos aprendizajes que supongan experiencias y vivencias diferentes.
Haber padecido accidentes cerebrovasculares.	Tener oportunidades y espacios para expresar su afectividad, participar en la gestión de su entorno y en las decisiones que le afectan. Trabajar la autodeterminación con la familia y el personal de referencia.
Alteraciones en la glándula tiroides, en algunos tipos de discapacidad existe una mayor probabilidad de desarrollar trastornos tiroideos, y estos de predisponer a estados depresivos (ej., Síndrome de Williams, Síndrome de Down, etc.).	Facilitarle el establecimiento de relaciones sociales positivas y cercanas (familias de acogida, voluntarios como referencia externa al centro...).
Padecer déficits sensoriales que limitan la capacidad de comunicación de la persona.	Minimizar en lo posible factores de estrés en el entorno y dotarle de habilidades de afrontamiento (ej. salirse, expresar emociones...).
Tomar o haber tomado determinado tipo de medicación (inhibidores del sistema nervioso central, antineoplásicos, efectos secundarios ⁱⁱⁱ de algunos antipsicóticos por excesiva sedación o aplanamiento, etc.)	Información sobre la enfermedad, adecuado tratamiento, estrategias de prevención, grupos de autoayuda, conseguirles las ayudas y apoyos externos disponibles, medidas de protección...

⁶ El **síndrome de Williams** es una enfermedad genética que afecta muchas partes del cuerpo. Se caracteriza por discapacidad intelectual leve a moderada, personalidad con características únicas, rostro distintivo, Encorvamiento del dedo meñique. Tórax hundido problemas del corazón, y vasos sanguíneos (cardiovascular).

Dependencia de alcohol u otro tipo de tóxicos (existe una mayor probabilidad de abuso en las personas con DI), y ésta de predisponer a estados depresivos.	Potenciar formas de comunicación verbales y no verbales (claves visuales, pero también acompañar, tocar, abrazar...).
Ausencia de estímulos reforzadores en el entorno de la persona (menos oportunidades de relacionarse o realizar actividades agradables para la persona).	Entrenamiento y modelado en la familia de patrones más positivos.
Dificultades en la valoración del propio comportamiento (autoevaluación, auto-observación y auto refuerzo) y en la capacidad para ser su propia fuente de refuerzo	Formación al personal para proporcionar una atención más individualizada y humanizada vs. Mecanizada y asistencial. Mejorar recursos (ratios de personal, recursos residenciales más reducidos y normalizados...).
Déficit en habilidades de afrontamiento relacionadas con la percepción de indefensión en la persona, incluso pueden contribuir a un estilo de indefensión aprendida.	Aumentar su red social cercana (participación en recursos de ocio de la comunidad (clubs de ocio, cine...) programar actividades que fomenten la relación de los otros con la persona.
OTRAS INDICACIONES PRACTICAS	
Dar información de forma natural y realista, proporcionar apoyo, enseñarles a afrontar el cambio, permitir expresar emociones negativas, reforzar con actividades gratificantes...	
Adaptar la situación que tiene a sus nuevas circunstancias, flexibilizar las programaciones...	
Aceptar sus limitaciones y focalizar la atención en las posibilidades.	
Mejorar la coordinación, aunar esfuerzos, consensuar objetivos, compartir la interpretación del problema...	
Ajustar las demandas a sus capacidades actuales.	
Darles experiencias de control en las que obtengan éxito, reforzar sus esfuerzos	

i

ii

iii