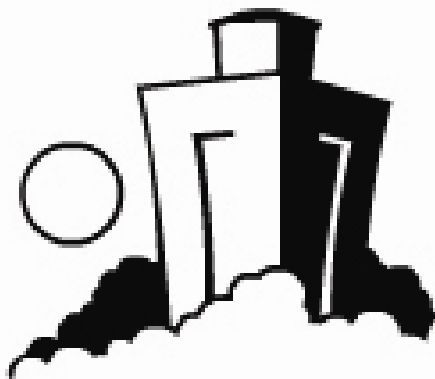


Discapacidad intelectual y salud mental



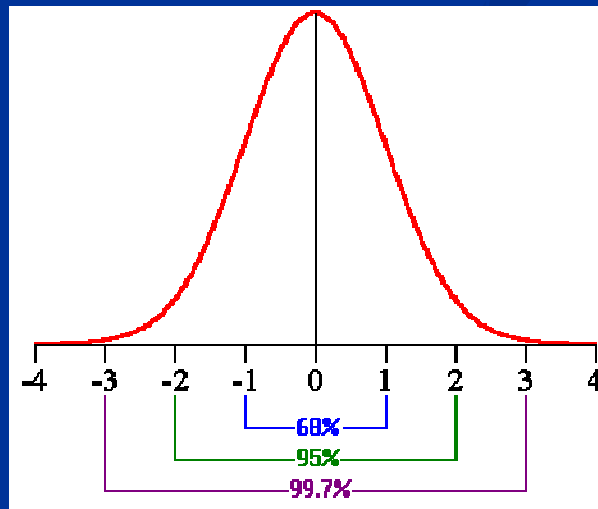
Fundación
Carmen Pardo-Valcarce

Evolución del concepto de discapacidad intelectual. El modelo actual de la AAID

La discapacidad intelectual (DI) – anteriormente deficiencia mental y retraso mental - incluye un amplio rango de condiciones derivadas de la acción de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales.

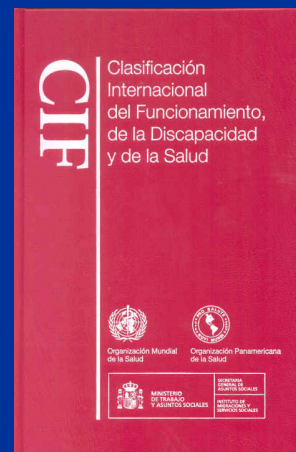
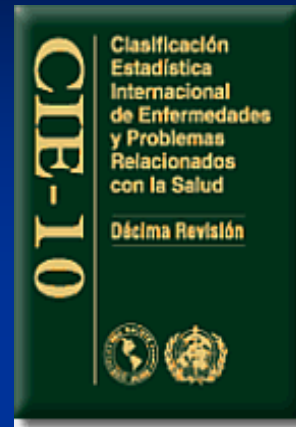
Según la AAMR no es un trastorno médico, aunque esté codificado en las clasificaciones de enfermedades (CIE-10). Tampoco es un trastorno mental, aunque esté clasificado en la DSM-IV.

Es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson et al., 2002).



**Adaptaciones para
Atención Primaria
de Salud**

**Adaptaciones
basadas
en la
especialidad**



**Intervenciones
Procedimientos**

**Nomenclatura
Internacional de
Enfermedades
NIE**

Derivadas

REFERENCIA

Relacionadas

Salud Mental y discapacidad intelectual.

Las PCDI presentan una mayor tasa de enfermedad mental que las personas con función intelectual normal (Cooper & Bailey, 2007)

Encontrando tasas entre la literatura de hasta un 50%.

Consenso general de que aprox un 40% de las PCDI (Emerson et al., 2001)

presence mental illness (including passed, excluding phobias)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no presence	111	62,0	62,4	62,4
	meet DC-LD criteria	67	37,4	37,6	100,0
	Total	178	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,6		
Total		179	100,0		

Martorell, Pereda, Ayuso-Mateos, 2005

También existe acuerdo en que la mayoría de las enfermedades mentales son más prevalentes en esta población (Crews et al., 1994)

Variabilidad:

-Infradiagnóstico

-Criterios diagnósticos empelados: DC-LD (Royal College of Psychiatry, 2001)
(equivalentes conductuales) DM-ID (NADD, 2007)

-trastornos incluidos

presence mental illness (including passed, excluding phobias)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no presence	111	62,0	62,4	62,4
	meet DC-LD criteria	67	37,4	37,6	100,0
	Total	178	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,6		
Total		179	100,0		

Sentirse inferior a los demás

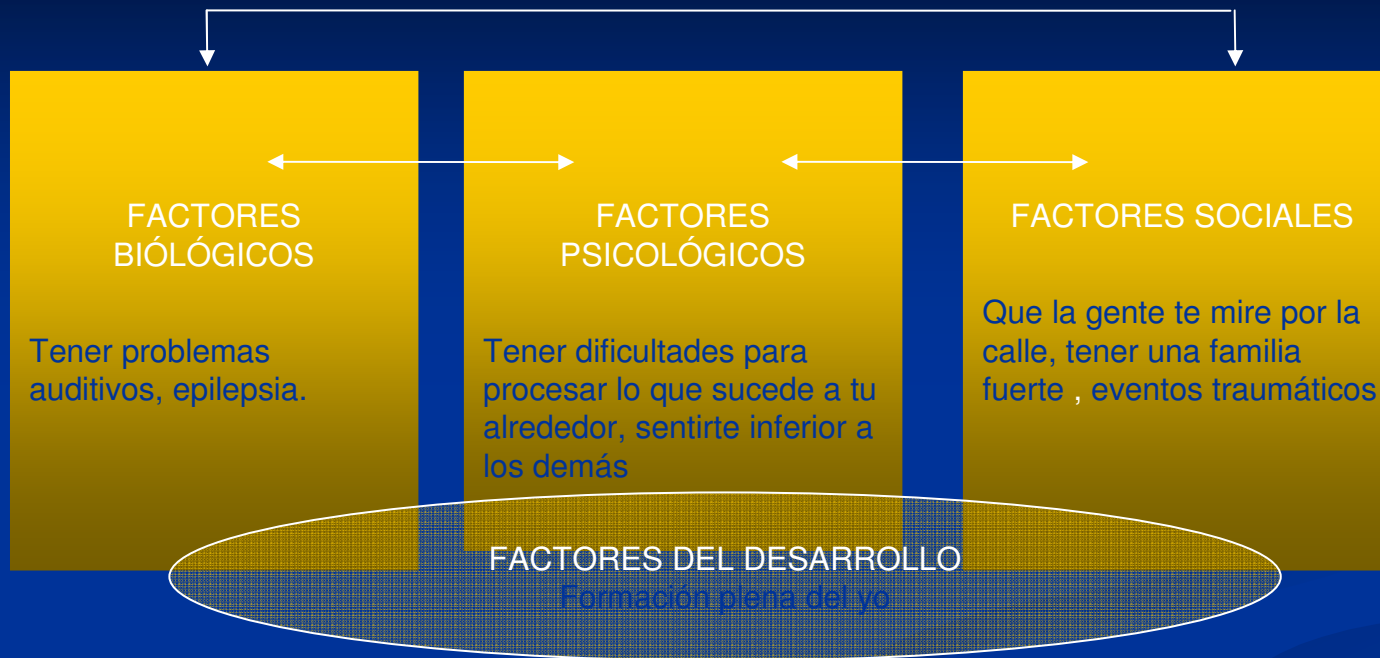
Sentirse integrado en la comunidad

Tener un novio/a/marido/mujer/compañero

Haber sufrido abusos

Tener un abanico de actividades interesantes y estimulantes que hacer

Factores de vulnerabilidad de Matson & Sevin (1994)



- Complejidad para el diagnóstico psiquiátrico.
- Falta de cohesión entre servicios de atención.
- Falta de formación y conocimiento de los profesionales en este ámbito.
- El efecto eclipsador de la DI.



Trastornos del estado de ánimo (neurosis) I. La depresión.

La depresión se caracteriza por un estado de tristeza, fatiga o cansancio, dificultades de concentración y memoria, y falta de interés por actividades que antes resultaban gratificantes. Asimismo, suelen aparecer problemas durante el sueño (insomnio o hipersomnias), aumento o disminución del apetito, pérdida de interés por el sexo, molestias corporales (náuseas, jaquecas o dolores) y lentitud o agitación motriz.

Si bien es cierto que entre las personas con discapacidad intelectual encontraremos la sintomatología arriba citada, también lo es que existe un aparente consenso acerca de la **modificación de la patoplastia** en personas con discapacidad intelectual.

Como hemos apuntado, la depresión puede “tomar otras formas” cuando se asienta en una persona con discapacidad intelectual, especialmente cuanto más bajos son los niveles de funcionamiento cognitivo.

Es de especial importancia en este apartado el concepto *de equivalentes conductuales*. Se entiende que lo central en la depresión (esa inmensa tristeza y pérdida del disfrute de vivir) puede manifestarse tomando la forma de problemas de conducta, como sucede con los niños.

En este sentido, encontraremos como equivalente conductual de los síntomas centrales de la depresión un incremento o aparición de trastornos conductuales.

También se han referido en la literatura otros síntomas atípicos tales como vómitos cíclicos, delirios erotomaníacos (la creencia ilusoria de que otra persona, generalmente de un estatus social superior, está enamorada de ellos) o empeoramiento del pica (la pica es la ingesta de sustancias diferentes a los alimentos).

De igual modo, también hay sintomatología depresiva *evolutivamente dependiente* y que por tanto está asociada a un desarrollo cognitivo (culpa, intentos autolíticos, la lentificación del pensamiento o la disminución de la autoestima).

Fenotipos conductuales. En el caso de la depresión se ha visto que las personas con síndrome de Down o autismo van a tener una mayor vulnerabilidad a padecerla en algún momento de sus vidas. También se ha observado que se incrementa la vulnerabilidad a medida que se aproxima la vejez.

Con todo lo dicho, estar atentos a las manifestaciones de agresividad, llanto, decremento de la comunicación, aislamiento social, incremento de quejas somáticas, cambios en los ritmos de sueño o del apetito o agitación psicomotriz puede ponernos sobre la pista de una posible depresión.

Tabla 3. DC-LD categoría IIB4.1 Episodio depresivo

- A. La sintomatología debe estar presente casi a diario durante las últimas 2 semanas
- B. No debe existir una consecuencia directa de consumo de tóxicos o enfermedades somáticas, pe, hipotiroidismo
- C. Diagnóstico diferencial con episodios afectivos mixtos o episodios esquizoafctivos.
- D. Los siguientes síntomas deben representar un cambio sustancial respecto al estado premórbido del individuo.
- E. El ítem 1 o 2 debe estar presente y prominente:
 - 1. Estado de ánimo depresivo o estado de ánimo irritable (comienzo o incremento; disminución de los niveles habituales de tolerancia)
 - 2. Pérdida de interés o aislamiento social o disminución del autocuidado o disminución del habla o de la comunicación
- F. Alguno de los siguientes síntomas debe estar presente de manera que la menos cuatro de los síntomas de E y F estén presentes.
 - 1. Pérdida de energía
 - 2. Perdida de confianza o incremento de conductas de búsqueda de confirmación o incremento de ansiedad y/o miedo
 - 3. Aumento del llanto
 - 4. Inicio o incremento de quejas somáticas
 - 5. Reducción de la capacidad de concentración/disatractibilidad
 - 6. Incremento de un problema de conducta específico
 - 7. Incremento de agitación motórica o incremento de enlentecimiento motórico
 - 8. Inicio o aumento de alteraciones del apetito o cambios significativos de peso
 - 9. Inicio o incremento de alteraciones de alteraciones del sueño

Mujer de 45 años con síndrome de Down, discapacidad intelectual profunda sin comunicación verbal. Presenta una historia desde hace 4 semanas de un incremento de la irritabilidad manifestado en la intolerancia hacia sus compañeros de residencia con episodios de agresiones físicas. Ya presentaba una historia de larga evolución de exhibicionismo pero ésta se ha incrementado en frecuencia en las últimas semanas. Sus cuidadores han notado que ya no se comunica con ellos tan habitualmente y que come menos. Experimentó un episodio similar hace dos años que remitió con antidepresivos

CIE-10.

No cumple criterios de episodio depresivo

F73.1 Discapacidad intelectual severa con alteraciones conductuales severas

Q90.9 Síndrome de Down

DC-LD

Eje I F73 Discapacidad intelectual severa

Eje II Q90.9 Síndrome de Down

Eje III B4.1iii Episodio depresivo recurrente actual

Eje III DI.II Otros problemas conductuales (exhibicionismo)

Eje III D2.2(-) Trastornos conductuales debidos a episodio psiquiátrico

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Se trata de un trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos, sentimientos, ideas o sensaciones (obsesiones) recurrentes o comportamientos que una persona se siente impulsada a realizar (compulsiones).

La persona generalmente reconoce que el comportamiento es excesivo o irracional.

Dificultades dados los criterios diagnósticos de complejidad cognitiva como “egodistonia” (reconocimiento de la naturaleza irracional de la compulsión).

O el fenómeno de la resistencia cognitiva (intentos de suprimir, ignorar o neutralizar la compulsión)

Más fiable: signos observables de incremento de la ansiedad, principalmente si desde el exterior intenta interrumpirse la compulsión (Middleton & Cooper, 1997)

Hipótesis de King (1993) de la naturaleza compulsiva de las conductas autolesivas.

Dificultad del diagnóstico diferencial de estereotipias (Bodfish et al, 1995; niveles dopaminérgicos, guiños), tics (TOC en Tourettes?), rituales autísticos (así como intereses restringidos, rigidez y evitación del cambio), muy comunes en los grados más severos de DI.

Prevalencia de compulsiones:

Orden

Limpieza

Comprobación

Prasher & Day, 1995: apenas se encuentra el lavado de manos

DSM-MR

1.- Las compulsiones que requieren un pensamiento abstracto están significativamente menos presentes o desaparecen en población con DI.

Conceptos abstractos como contaminación o gérmenes (lavado de manos compulsivo) o conceptos como seguridad (conductas de comprobación) o actividades como contar.

2.- La limitada capacidad introspectiva y comunicativa dificultará la identificación de pensamientos obsesivos o la identificación de patrones del habla compulsivos.

3.- Recomendación de utilizar entrevistas estructuradas (Gedye, 1992) con informantes.

4.- No siempre encontramos ansiedad (población general, y menos en DI), de ahí que no sea un requerimiento diagnóstico.

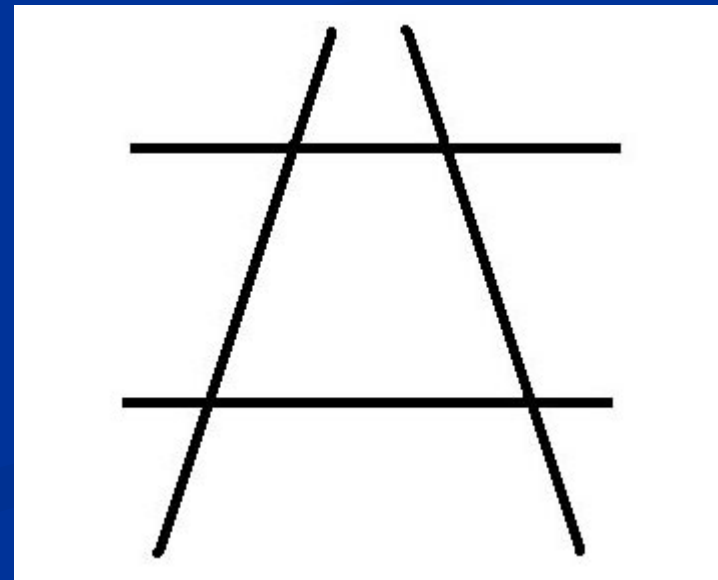
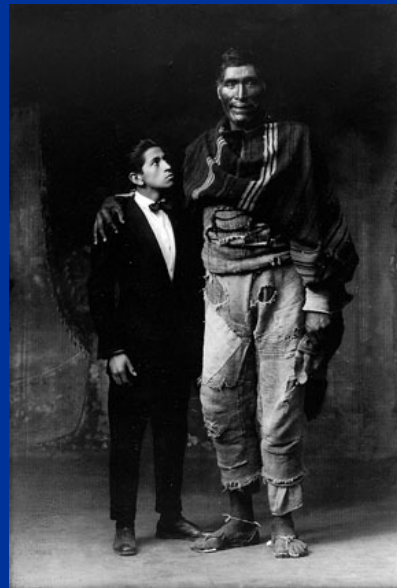
* Prader-Willi (Dimitropoulos, 2001), Down (Evans & Gray, 2000), X-Fragil (Dorn et al 1994), Cornelia de Lange ((Hyman et al. 2002) y Williams (Davies et al., 1998)

2.2. ¿Por qué no detectamos estos problemas? El efecto eclipsador

(Reiss, Levitan, Szysko, 1982)

Heurístico de saliencia: tendencia a atribuir las causas al factor más sobresaliente
(Bem, 1967; Tversky & Kahneman, 1974)

Error perceptivo: percibimos el efecto como menor cuando se presenta junto a algo mayor



Impacto en el funcionamiento (WHO-DAS II)

N = 178

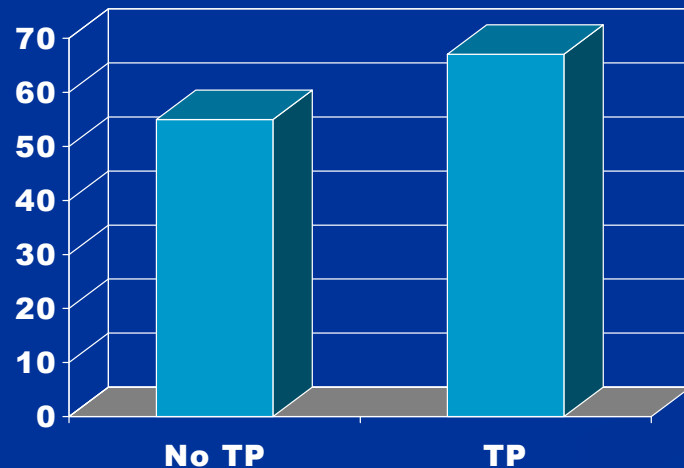
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	7141,009	907,239		7,871	,000	5348,390	8933,628
	TCdos	1653,456	479,794	,269	3,446	,001	705,428	2601,484
	presence mental illness (including passed, excluding phobias)	921,476	344,728	,209	2,673	,008	240,326	1602,625
	IQ	-28,719	14,402	-,150	-1,994	,048	-57,175	-,263

a. Variable dependiente: total WHO

Martorell, Pereda, Ayuso-Mateos, 2005

R² = 0,171

$$\text{Discap} = 0,269TC + 0,209Tpsiq. - 0,150IQ$$



		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
total WHO	Se han asumido varianzas iguales	,125	,725	-3,453	152	,001	-1189,113	344,346	-1869,437	-508,790
	No se han asumido varianzas iguales			-3,601	142,122	,000	-1189,113	330,186	-1841,824	-536,403

Martorell, Pereda, Ayuso-Mateos, 2005

Impacto en la carga familiar (ECFOS)

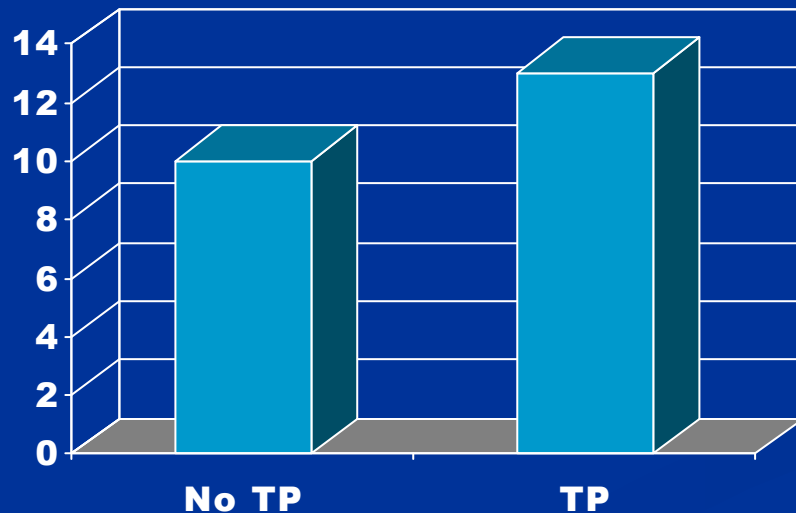
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	1,149	2,421		,474	,636
	presence mental illness (including passed, excluding phobias)	,641	,762	,058	,841	,402
	IQ	-,012	,031	-,024	-,372	,710
	TCdos	1,453	1,142	,090	1,272	,206
	total WHO	,002	,000	,596	7,984	,000

a. Variable dependiente: totalecfosrev

$R^2 = 0,5$

Martorell, Pereda, Ayuso-Mateos, 2005

$$\text{Carga familiar} = 0,09 \text{ TC} + 0,06 \text{ Tpsiq} - 0,024 \text{ IQ}$$



		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
totalecfosrev	Se han asumido varianzas iguales	,201	,654	-3,667	144	,000	-3,24650	,88526	-4,99627	-1,49672
	No se han asumido varianzas iguales			-3,731	123,285	,000	-3,24650	,87014	-4,96885	-1,52415

Martorell, Pereda, Ayuso-Mateos, 2005

Muchas gracias por su atención

