GRUPO EDITORIAL DE PSICOFUNDACIÓN

Apuntes de Psicología (2025) 43(2) 157-165

Apuntes de Psicología

https://www.apuntesdepsicologia.com • e-ISSN: 0213-3334 • eISSN: 19896441

Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental
Universidad de Cádiz
Universidad de Córdoba
Universidad de Huelva
Universidad de Sevilla

Artículo

Salud Mental en Personas con Discapacidad Intelectual: Diferencias Según Ámbito Residencial

Elena Felipe-Castaño[1], Elena María Seguí-Urbita[2] y Marco Antonio Exojo-Guerra[3]

[1] Universidad de Extremadura, España
[2] UNICEF España
[3] Asociación Apanas, Toledo, España

INFORMACIÓN

Recibido: Diciembre 14, 2024
Aceptado: Marzo 24, 2025

Palabras clave:
Discapacidad intelectual
Salud mental
Inventario PAS-ADD
Mini PAS-ADD
Recurso residencial

RESUMEN

El estudio de los trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo está cada vez más presente en la investigación, pues afecta directamente a su calidad de vida. El objetivo principal de esta investigación fue describir la presencia de síntomas psicopatológicos en una muestra de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, y analizar las diferencias según el tipo de alojamiento y tratamiento farmacológico. Los participantes fueron 57 personas adultas con discapacidad intelectual leve y moderada seleccionadas de manera intencional. Se recogieron datos sociodemográficos y de salud, y se administraron los Inventarios PAS-ADD, y Mini PAS-ADD. Se encontró que el 5% de los participantes presentaban síntomas psicopatológicos. La sintomatología depresiva fue la más descrita. También se encontraron diferencias en la presencia de síntomas según el tipo de alojamiento, pero no se encontraron diferencias según si tenían o no pautado tratamiento farmacológico. Se considera necesario analizar la presencia de trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y su relación con factores sociales y de salud, ya que repercuten directamente sobre la eficacia de las intervenciones y los apoyos, y con ello sobre su calidad de vida.

Mental Health in People with Intellectual Disabilities: Differences According to Residential Setting

Keywords:
Intellectual disability
Mental health
PAS-ADD Inventory
Mini PAS-ADD
Residential resource

ABSTRACT

The presence of mental disorders in people with intellectual disabilities is a topic increasingly present in research, as it directly affects their quality of life. The aim of this research was to describe the presence of psychopathological symptoms in a sample of people with mild and moderate intellectual disabilities, and to analyse the differences according to the type of accommodation and pharmacological treatment. Participants were 57 intentionally selected adults with mild and moderate intellectual disabilities. Sociodemographic data and the PAS-ADD and Mini PAS-ADD Inventories were collected. It was found that 5% of the participants presented psychopathological symptoms. Depressive symptomatology was the most frequently described. Differences according to the type of accommodation in the presence of symptoms were also found, but no differences were found according to whether they had been prescribed pharmacological treatment. It is considered necessary to analyze the presence of mental disorders in people with intellectual and developmental disabilities and the relationship between social and health factors, since they have a direct impact on the effectiveness of interventions and support, and thus on their quality of life.

Cómo citar: Felipe-Castaño, Elena; Seguí-Urbirta, Elena M. y Exojo-Guerra, Marco A. (2025). Salud mental en personas con discapacidad intelectual: diferencias según ámbito residencial. *Apuntes de Psicología, 43*(2), 157-165. https://doi.org/10.70478/apuntes.psi.2025.43.14
Autora de correspondencia: Elena Felipe, efelipe@unex.es
Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

Introducción

En los últimos años se están logrando avances fundamentales en la inclusión de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (DID), no obstante, aún queda un amplio camino por recorrer especialmente en los ámbitos del bienestar emocional y la salud mental (Organización de Naciones Unidas, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (2022) considera que al menos una de cada ocho personas en el mundo sufre un trastorno mental, pero en el caso de las personas con DID la presencia de trastornos mentales y/o de la conducta es superior a los de la población sin discapacidad intelectual (Martínez-Leal et al., 2011; Novell-Alsina et al., 2003; Salvador-Carulla et al., 2007). Los estudios revisados sobre la prevalencia de trastornos mentales en personas con DID aportan datos que van desde un 10% hasta un 60%, siendo las personas con mayores necesidades de apoyo las que presentan una mayor probabilidad de experimentar un trastorno mental (Buckles et al., 2013, Koskentausta et al., 2007; Whitaker y Read, 2006).

Esta amplia variabilidad en los datos de las investigaciones puede explicarse por la metodología del estudio, los instrumentos de evaluación utilizados o los criterios diagnósticos (Cooper et al., 2007). No obstante, según Whitaker (2004) también estaríamos ante un infradiagnóstico, debido a que en los estudios de prevalencia se reflejan únicamente los trastornos mentales en personas con DID grave, ya que en personas con DID leve o moderada suelen pasar desapercibidos, o se considera que las dificultades observadas forman parte de la propia DID, en lugar de ser una comorbilidad psicopatológica, lo que se denomina ensombrecimiento diagnóstico (Reiss et al., 1982; Reiss y Szyszko, 1983).

Pero hay otros aspectos que pueden explicar esta mayor prevalencia y que aportan una base de conocimiento explicativo y permiten el desarrollo de programas de prevención e intervención. Entre ellos, los contextos sociales como la soledad, la exclusión social o una menor socialización, que les colocan frente a una mayor vulnerabilidad (Gilmore y Cuskelly, 2014; Parley, 2011; Snipstad, 2022). Por el contrario, vivir en comunidad puede suponer una mejora de su calidad de vida y de su salud (Sáenz-Murga, 2018), especialmente en aquellas personas con amplias necesidades de apoyo (McConkey et al., 2018). Estos aspectos evidencian la importancia de los diferentes entornos residenciales en la salud mental de las personas con DID, y la necesidad de ir hacia servicios residenciales comunitarios y programas de vivienda en comunidad (Navas et al., 2024).

Las manifestaciones psicopatológicas en las personas adultas con DID pueden diferir de los de la población sin DID y se asocian al desarrollo cognitivo. En las personas con DID ligera o moderada los síntomas son muy similares a los de la población sin DID, en cambio, en las personas con mayores necesidades de apoyo se manifiestan con más frecuencia signos o síntomas somáticos y motores, así como conductas desafiantes graves (Galindo y Flores, 2014; Martorell y Ayuso, 2011; Novell-Alsina et al., 2003; Peña-Salazar et al., 2020; Salvador-Carulla, 2002). Estas diferencias en las manifestaciones psicopatológicas suponen diferencias en el abordaje terapéutico, pues en muchos casos se interviene sobre la alteración conductual, sin llegar a identificar si hay un trastorno mental de base. Esto lleva a encontrar personas con DID que están medicadas sin estar diagnosticadas de un trastorno mental (Jiménez et al., 2013).

La presencia de sintomatología psicopatológica o de un trastorno mental incide en la calidad de vida de las personas con DID, especialmente en las que presentan una DID leve o moderada (Horovitz et al., 2014), y puede reducir la capacidad de la persona para funcionar de forma adaptada e independiente en la comunidad. Disponemos cada vez de más estudios sobre la prevalencia de trastornos mentales en personas con DID, no obstante, aún quedan aspectos por conocer relacionados no solo con la presencia de sintomatología sino también con su relación con el entorno residencial y el tratamiento que reciben.

Por ello, el objetivo principal de este estudio fue describir la presencia de sintomatología psicopatológica en una muestra de personas con discapacidad intelectual ligera o moderada, y analizar su relación con el entorno residencial y el tratamiento farmacológico. Como hipótesis se plantea que al menos un 10% de las personas participantes obtendrán puntuaciones significativas en el Inventario PAS-ADD y por tanto podrían presentar algún trastorno mental (Koskentausta et al., 2007; Whitaker y Read, 2006). Además, se encontrarán diferencias en las puntuaciones del Inventario PAS-ADD según el tipo de recurso residencial en el que vivan y si tienen tratamiento psicofarmacológico, de manera que las personas que obtengan puntuaciones más bajas en el PAS-ADD serán aquellas que residan en el recurso vivienda con apoyo, y no tendrán pautado tratamiento farmacológico.

Método

Participantes

La muestra de participantes estuvo compuesta por 57 personas con DID, de las que 17 eran mujeres (29.8%) y 40 eran hombres (72.2%). La media de edad de los participantes era de 48.39 años (DT = 13.55; Mdn = 51), con un rango de edad entre 21 y 71 años.

La selección de los participantes se hizo mediante un muestreo intencional entre las personas pertenecientes a una asociación dedicada a la atención a personas con DID. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron presentar una discapacidad intelectual ligera o moderada, ser mayor de 18 años, dar el consentimiento para participar en el estudio, y cumplir con los requisitos para la aplicación del PAS-ADD (Moss, 2002) y Mini PASS (Prosser et al., 1998). Como criterios de exclusión se propusieron presentar discapacidad intelectual grave, haber tenido algún ingreso psiquiátrico, no haber tenido contacto con el profesional evaluador durante las últimas cuatro semanas y no haber asistido al centro los seis meses anteriores a la evaluación. En este sentido, se descartó

a 17 personas, siete que habían tenido ingresos psiquiátricos y 10 que, aunque cumplían los criterios de inclusión, llevaban varios meses sin asistir al centro habitual.

La media de años que llevaban perteneciendo a la asociación era de 15.04 años (*DT* = 10.73; *Mdn* = 12), con un mínimo de un año, y un máximo de 44 años. En cuanto al tipo de alojamiento, 27 participantes (47.4%) vivían en el domicilio familiar, 16 (28.1%) en una residencia para personas mayores y 14 personas (24.6%) en viviendas con apoyo. No se encontraron diferencias en la distribución entre mujeres y hombres con respecto al tipo de alojamiento ($\chi 2 = 0.657$; $gl = 2$; $p = 0.720$).

Del total de participantes, 30 (52.6%) tenían pautado tratamiento farmacológico, de ellos 20 (66.6%) tenían pautadas dos o más familias farmacológicas diferentes, y 10 (33.3%) tenían pautadas tres o más familias farmacológicas distintas. En cuanto al tipo de medicación pautada, el 38.6% ($n = 22$) tenían pautados neurolépticos, el 22.8% ($n = 13$) antidepresivos, el 19.3% ($n = 11$) estabilizadores del estado de ánimo, y el 15.8% ($n = 9$) ansiolíticos.

Instrumentos

Datos Sociodemográficos e Información Sobre Alojamiento y Tratamiento Farmacológico

Se recogieron datos de edad, sexo, años de pertenencia a la asociación, tipo de alojamiento en el que vivían y si tenían tratamiento farmacológico pautado y de qué tipo.

PAS-ADD Checklist Questionnaire (PAS-ADD), (Moss, 2002)

Versión breve del *The Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability* (PAS-ADD) de Moss et al. (1993). Se utilizó la adaptación española de Martorell et al. (2015). Es un inventario de *screening* de 25 ítems, cuyo objetivo es la detección de posibles trastornos de la salud mental o estado emocional en personas con DID leve y moderada, en una determinada población o para hacer seguimiento de una población de riesgo, y así derivar a especialistas en salud mental. No requiere entrenamiento ni acreditación específica para su administración. Está orientado a su aplicación por parte de informadores de las personas como pueden ser la familia o cuidadores, pues considera que son los cuidadores y familiares quienes antes perciben posibles cambios en el comportamiento de las personas a su cargo, aunque no tengan los conocimientos necesarios para comprender e interpretar dichos cambios. Dicha información se considera fundamental en el proceso diagnóstico. El PASS-ADD proporciona puntuaciones en tres dimensiones: trastorno del estado de ánimo afectivo/neurótico, trastorno orgánico, y trastorno psicótico. Los puntos de corte que indican posible presencia de un trastorno mental son los siguientes: trastorno del estado de ánimo o neurótico: 6 puntos; posible condición orgánica: 5 puntos; y trastorno psicótico: 2 puntos (Martorell et al., 2017). Los valores de consistencia interna de la puntuación total y de las escalas obtenidos con los datos de nuestro estudio pueden verse en la tabla 1. Estos valores fueron superiores a los obtenidos por la versión original del instrumento (Moss et al., 1998).

Mini PAS-ADD Interview "Adult Assessment by Informant Interviewing" (Prosser et al., 1998)

Traducción española de Salvador-Carulla et al. (s.f). Se trata de una escala de evaluación para la detección de los problemas de salud mental de personas adultas con DID complementaria a la PAS-ADD. Consta de 86 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro intervalos: 0 (*no ha sucedido durante las últimas cuatro semanas*), 1 (*leve*), 2 (*moderado)* y 3 (*grave*). Los ítems se agrupan en siete subescalas: depresión, ansiedad, humor expansivo o hipomanía, trastorno obsesivo-compulsivo, psicosis, trastorno no especificado y trastorno del desarrollo, además de un inventario de acontecimientos vitales. La Mini PAS-ADD proporciona un marco de referencia a los profesionales mediante la recogida de síntomas psicopatológicos o de salud mental en la persona con DID leve o moderada, a través de un informador. El objetivo es facilitar la toma de decisiones acerca de posibles derivaciones a otros servicios u otros tipos de intervención especializada. Para aplicarla no se requiere formación específica sobre psicopatología, pero sí es recomendable recibir cierto entrenamiento sobre su uso.

En un estudio de Prosser et al. (1998), los resultados de validez interjueces (81% de acuerdo sobre el reconocimiento de casos) indican que el Mini PAS-ADD es un instrumento adecuado para la identificación de trastornos mentales en personas con DID.

Procedimiento

En primer paso fue solicitar a la asociación a la que pertenecían los participantes la aprobación del protocolo de la investigación y la autorización para llevarla a cabo. Se cumplió con las normas éticas internacionales establecidas por la APA, y la Declaración de Helsinki. Una vez obtenida la aprobación, se seleccionaron los participantes siguiendo los criterios de inclusión y exclusión expuestos, y se solicitó su consentimiento informado, tanto a los propios participantes como a sus tutores, en su caso. Para ello se contactó telefónicamente con las familias de las personas seleccionadas, con objeto de explicarles en qué consistía el estudio y sus objetivos. Posteriormente se les hizo llegar el consentimiento informado, bien a través de su familiar (persona con DID) o por correo postal, para que lo pudieran firmar y devolver, dado que se consideró importante contar con el consentimiento de la familia para la participación de la persona con DID. Todas las personas y sus familias a las que se solicitó el consentimiento lo firmaron y dieron el visto bueno.

La administración de los cuestionarios se realizó de manera individual en dos sesiones. En la primera sesión se recogió la información sociodemográfica y se aplicó el Inventario PAS-ADD. En la segunda sesión se aplicó el Mini PAS-ADD a aquellas personas que habían superado los puntos de corte en el Inventario PAS-ADD.

Análisis de Datos

La codificación y análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 22. Se realizaron análisis de normalidad mediante

la prueba de Kolmogorov-Smirnov (*K-S*) de las variables de estudio, encontrando distribuciones no normales ($p > 0.05$), por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas de contraste. Se realizaron análisis descriptivos (frecuencia, porcentaje, rango, media, mediana y desviación típica) y tablas de contingencia con la prueba de χ^2, análisis de comparación entre grupos mediante la prueba *U* de Mann-Whitney para dos grupos independientes, y la prueba *H* de Kruskal-Wallis para comparación de más de dos grupos independientes. En los contrastes de hipótesis se asumió un error del 5%, y un nivel de significación $p \leq 0.05$.

Resultados

Según los resultados en el Inventario PAS-ADD, tres de los 57 participantes (5%), según los criterios del inventario, obtuvieron puntuaciones que indicaban presentar algún tipo de trastorno. Una de ellas era mujer y dos eran hombres, y tenían edades comprendidas entre 22 y 54 años. Dos de ellos vivían en el domicilio familiar y la tercera persona, en una residencia de mayores. En la tabla 1 pueden verse los estadísticos descriptivos correspondientes a las escalas del Inventario PAS-ADD.

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos y Consistencia Interna. Inventario PAS-ADD

	α de Cronbach	Mínimo	Máximo	Rango intercuartil	*M*	*Mdn*	*DT*
Puntuación total	0.950						
Trastorno afectivo/neurótico	0.933	0	1.59	0.23	0.18	0.09	0.31
Trastorno orgánico	0.730	0	1.50	0.25	0.20	0	0.33
Trastorno psicótico	0.700	0	0.80	0	0.03	0	0.13

A estos tres participantes se les aplicó el Mini PAS-ADD, cuyos resultados pueden verse en la tabla 2. Teniendo en cuenta que la muestra de personas era muy pequeña, no es posible hacer análisis estadísticos, pero sí un breve análisis cualitativo de los resultados. En este sentido, teniendo en cuenta que el Mini PAS-ADD proporciona una puntuación relativa en siete áreas de psicopatología, presentamos a continuación las puntuaciones más significativas en cada una de ellas: de las tres personas evaluadas dos igualaron o superaron la puntuación de umbral en depresión; una persona igualó o superó la puntuación en ansiedad; dos personas igualaron o superaron la puntuación mínima en humor expansivo (hipomanía); una persona igualó o superó la puntuación mínima en trastorno obsesivo-compulsivo (TOC); dos personas igualaron o superaron la puntuación mínima en psicosis; por último, ninguna persona obtuvo puntuación en la escala de trastorno del desarrollo.

Tabla 2

Puntuaciones en las Escalas del Inventario Mini PAS-ADD (Id: Caso; PU: Puntuación Umbral)

Casos	Depresión (PU=10)	Ansiedad (PU=7)	Humor expansivo (PU=8)	TOC (PU=3)	Psicosis (PU=2)	No especificado (PU=6)
Id1	18	2	15	2	2	4
Id2	20	14	14	8	0	5
Id3	5	1	1	2	0	2

Teniendo en cuenta los anteriores resultados, así como que el Mini PAS-ADD no proporciona un diagnóstico, únicamente se puede señalar que, en los participantes que superaron las puntuaciones umbral, se encuentra una mayor presencia de síntomas depresivos, seguidos de síntomas de humor expansivo (hipomanía) y de trastorno psicótico.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en trastorno neurótico y trastorno orgánico (ver tabla 3) según el tipo de residencia de los participantes, en el sentido de que las personas que vivían en viviendas con apoyo obtenían puntuaciones inferiores en comparación con los otros tipos de alojamiento. En cuanto a las comparaciones entre los tipos de residencia, en las puntuaciones en trastorno afectivo/neurótico las diferencias significativas se encontraron entre las personas que vivían en la vivienda de apoyo en comparación con el domicilio familiar ($p < 0.000$) y en comparación con la residencia de mayores ($p = 0.017$). En cuanto a las puntuaciones en trastorno orgánico, las diferencias estadísticamente significativas fueron entre las personas que vivían en vivienda con apoyo y el domicilio familiar ($p = 0.003$). Estos resultados indicaban que las personas que vivían en el domicilio familiar fueron las que obtuvieron las puntuaciones más elevadas en las escalas afectiva/neurótica y orgánica, es decir, presentaban más síntomas relacionados con estas categorías. Mientras que las personas que vivían en viviendas con apoyo fueron las que obtuvieron las menores puntuaciones.

Con respecto a las puntuaciones en trastorno psicótico, aunque las diferencias no fueron significativas si es importante señalar que la puntuación más elevada la obtuvieron las personas que vivían en residencias para personas mayores.

Tabla 3

Comparación de Medias de Cada Trastorno Según Tipo de Alojamiento. Prueba H de Kruskal-Wallis (RP = Rango Promedio)

	Vivienda con apoyo (*n*=14)			Residencia (*n*=16)			Domicilio familiar (*n*=27)			*H*	*Sig.*
	M	DT	RP	M	DT	RP	M	DT	RP		
Afectivo/Neurótico	0.03	0.07	17.14	0.09	0.10	26.63	0.31	0.41	36.56	13.72	0.001
Orgánico	0.02	0.08	18.57	0.14	0.25	27.28	0.32	0.41	35.11	11.36	0.003
Psicótico	0.01	0.05	28.43	0.06	0.20	30.09	0.02	0.10	28.65	0.408	0.815

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las escalas del Inventario PAS-ADD entre los participantes que tenían pautado tratamiento farmacológico en comparación con los que no lo tenían pautado (tabla 4).

Tabla 4

Estadísticos Descriptivos Para Cada Trastorno Según si Toma Medicación. Prueba U de Mann-Whitney.

	Toma medicación (n=30)			No toma medicación (n=27)			*U*	*Sig.*
	M	*DT*	Rango promedio	*M*	*DT*	Rango promedio		
Trastorno afectivo/neurótico	0.19	0.31	29.95	0.17	0.31	27.94	376.5	0.641
Trastorno orgánico	0.21	0.35	29.93	0.17	0.32	27.96	377	0.620
Trastorno psicótico	0.05	0.16	30.28	0.01	0.07	27.57	366.5	0.210

Discusión y Conclusiones

El objetivo principal de este estudio fue describir la presencia de alteraciones en la salud mental de una muestra de personas con discapacidad intelectual ligera o moderada, y analizar las diferencias encontradas según el tipo de residencia y si recibían tratamiento psicofarmacológico.

En primer lugar, los resultados de este estudio no confirmaron la primera hipótesis propuesta ya que únicamente el 5% de las personas participantes a las que se aplicó el Inventario PAS-ADD obtuvieron puntuaciones por encima del punto de corte y por tanto era más probable que presentaran un trastorno mental. Este porcentaje fue inferior al obtenido en investigaciones previas utilizando el mismo instrumento y realizadas en nuestro entorno cultural (Peña-Salazar et al., 2017), y estaría por debajo del límite inferior aportado en otras investigaciones (Buckles et al., 2013; Koskentausta et al., 2007; Whitaker y Read, 2006). El resultado encontrado en el presente trabajo podría deberse a los criterios de inclusión establecidos en la selección de los participantes, que pueden haber dejado fuera a aquellos usuarios con un mayor riesgo de presentar dificultades, o a las propias características de los participantes, que presentaban una discapacidad leve o moderada, que puede pasar más desapercibida (Whitaker, 2004), especialmente cuando se evalúa mediante escalas.

En cuanto a las características sociodemográficas de estas personas se encontró que dos eran hombres y una mujer; dos vivían en el domicilio familiar y una persona vivía en una residencia. Con respecto al tipo de sintomatología que presentaban, predominaba la sintomatología depresiva, resultado coincidente con estudios previos (Peña-Salazar et al., 2017).

Con respecto a la segunda hipótesis, se encontraron diferencias en las puntuaciones de las escalas del Inventario PAS-ADD según el tipo de alojamiento, de manera que los participantes que se alojaban en viviendas con apoyo fueron los que obtuvieron las puntuaciones más bajas en las escalas de trastorno afectivo/neurótico y trastorno orgánico. Por otra parte, los participantes que se alojaban en el domicilio familiar obtuvieron puntuaciones superiores al resto de participantes. Este resultado es coincidente con lo obtenido por otros estudios sobre entorno residencial y conducta adaptativa, en los que se encuentra que las personas que viven en viviendas con apoyo presentan mayores destrezas personales en comparación con personas que viven en residencias o en viviendas familiares (Medina-Gómez et al., 2015). Este resultado pone de manifiesto las diferencias en cuanto a la presencia de dificultades en personas con DID según el tipo de alojamiento, pero no aclara si es la presencia de un trastorno mental la que condiciona el acceso a determinados tipos de alojamiento, debiendo permanecer en el domicilio familiar, o bien el tipo de alojamiento es el que afecta a la presencia de las dificultades de salud mental. La investigación disponible evidencia una mejora en la calidad de vida de las personas con DID cuando hay una transición a entornos más inclusivos (Navas et al., 2024). Consideramos que es un aspecto sobre el que se debe seguir investigando ya que estas conclusiones son fundamentales para el diseño de modelos de alojamiento promotores de la salud (McConkey et al., 2018).

En cuanto al consumo de medicación, se encontró que más de la mitad de los participantes tenían pautado algún tipo de tratamiento farmacológico. Este resultado es similar a los obtenidos por O'Dwyer et al. (2017). Un estudio realizado por el Centro de Investigación biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), junto con Plena Inclusión, la Fundació Villablanca y el hospital San Joan de Déu entre 2013 y 2016, el proyecto POMONA (Folch et al., 2019), afirmaba que las personas con DID están excesivamente medicadas. Encontraron que el 87% de las personas que

estaban alojadas en un centro especializado recibían algún tipo de medicación psiquiátrica, aunque el porcentaje de afectados por un trastorno mental asociado era del 75%. Los resultados del presente estudio muestran un porcentaje inferior de personas con tratamiento farmacológico en comparación con el estudio POMONA (Folch et al., 2019), y con otros estudios que encuentran hasta un 90% de personas con DID medicadas (Jiménez et al., 2013; Serna-Álvarez et al., 2023). Estas diferencias pueden deberse a que los participantes de este trabajo no presentan ningún trastorno mental asociado, ni problemas conductuales, características que sí presentaban los participantes de los estudios revisados y referenciados anteriormente. No obstante, más de la mitad de los participantes tenían pautado algún tipo de tratamiento psicofarmacológico, sin la presencia de un diagnóstico clínico.

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en el Inventario PAS-ADD entre las personas que tenían pautado tratamiento psicofarmacológico y las que no, por lo que no resulta posible confirmar la hipótesis propuesta. No obstante, las personas que tenían pautado tratamiento farmacológico obtuvieron puntuaciones ligeramente más elevadas. Esto puede suponer que la prescripción farmacológica puede estar siendo efectiva, de manera que estén reduciendo los síntomas, o bien que la medicación no sea del todo efectiva o haya disminuido su eficacia y la sintomatología persista. También es importante destacar que de los tres participantes que podrían presentar algún tipo de alteración psicopatológica, únicamente dos de ellos tenía pautado tratamiento psicofarmacológico. Se debe por tanto tener en cuenta otros aspectos que pudieran estar relacionados con esa prescripción farmacológica, como, por ejemplo, la presencia puntual de alteraciones conductuales (Lunsky et al., 2018), o el mantenimiento de una prescripción farmacológica realizada durante el confinamiento por la pandemia, en el que hubo un aumento importante de las intervenciones con medicamentos en personas con DID (Rauf et al., 2021). Estos resultados resultan importantes ya que las personas con DID son especialmente vulnerables a los efectos de los psicofármacos (Frighi et al., 2011).

Como conclusiones generales, es necesario seguir investigando con respecto a la relación entre el tipo de alojamiento o entorno residencial y la presencia de trastornos mentales en personas con DID, así como la prescripción de psicofármacos. Es necesario ser consciente de las dificultades para realizar este tipo de investigación, ya que en personas con DID el diagnóstico clínico debe realizarse mediante una observación exhaustiva y mantenida en el tiempo, y mediante la descripción verbal de las vivencias que experimenta la persona, más factibles de identificar en DID ligera y moderada (Moratalla et al., 2014). Por ello, se considera importante disponer de herramientas de evaluación fiables, válidas y efectivas, que se complementen con la información de grupos de expertos, como referentes para el diagnóstico y, por ende, para el tratamiento adecuado de estos trastornos (Fletcher et al., 2007; Matson y Wilkins, 2008).

El trabajo presentado cuenta con limitaciones, derivadas principalmente del número de personas participantes y el tipo de muestreo utilizado, así como los instrumentos de recogida de datos, que pueden limitar la generalización de los resultados. Los participantes pertenecían a una asociación en la que se prestan diferentes servicios, y la recogida de datos se hizo en un momento posterior al estado de emergencia sanitaria debido a la pandemia por Covid-19. En esos momentos algunos centros de la asociación estaban cerrados, y la incorporación de los usuarios fue progresiva. Estas circunstancias han podido reducir el número de participantes. Por otro lado, la recogida de datos en un momento concreto, sin tener en cuenta las puntuaciones o nivel previo de la persona participante no permiten valorar su evolución. Por todo ello, los resultados deben ser tomados con cautela ya que son representativos únicamente del momento de recogida de la información.

No obstante, los resultados aportados pueden ser útiles como valores de línea base a partir de los cuales comparar posteriores evaluaciones, luego tienen una utilidad práctica con respecto a la atención a la salud mental de nuestros participantes, pero que debe complementarse con estudios longitudinales en los que poder observar la evolución de la sintomatología a lo largo del tiempo (Hermans y Evenhuis, 2012).

Futuras investigaciones deben tener en cuenta estos aspectos, ampliar el tamaño de la muestra e incluir otros instrumentos de evaluación y otros informantes, así como más datos relativos a los indicadores de salud de los participantes o los tratamientos previos. En las personas con DID se ha descrito una mayor dificultad en la evaluación de la salud mental y el diagnóstico de los trastornos mentales, que se ve complicada por la dificultad de valorar patrones de afrontamiento y otros aspectos de su personalidad (Novell-lsinaet al., 2003). A esta dificultad se añade la falta de técnicas adecuadas para la detección y diagnóstico en esta población (Moss et al., 1993).

Hay muchos factores que podrían explicar la presencia de problemas de salud mental en personas con DID, la mayoría poco investigadas, y que son diferentes a las estudiadas en personas sin DID (Cooper et al., 2007). Estas diferencias deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar políticas de salud pública, sociales y de cuidados que sean apropiados para las personas con DID como ciudadanas de pleno derecho (Etxeberría, 2008; Schalock et al., 2019).

Contribución de Cada Autor

Elena Felipe Castaño ha participado en la revisión teórica, el análisis de datos e interpretación de resultados y en la redacción y revisión del manuscrito.

Elena María Seguí Urbita ha participado en la revisión teórica, en la recogida y codificación de datos y en la redacción del manuscrito.

Marco Antonio Exojo Guerra ha participado en la revisión teórica, en la recogida y codificación de datos y la redacción del manuscrito.

Todos los autores han revisado el manuscrito y han expresado su conformidad con el texto remitido y con el orden en que aparecen sus nombres.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales

Agradecimientos

Queremos dar las gracias a todas las personas y sus familias que han participado en el estudio, a los profesionales que nos han ayudado, así como a la Asociación Apanas de Toledo (Asociación de Familias de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo de la provincia de Toledo) por habernos permitido realizar esta investigación.

Referencias

Buckles, Jason; Luckasson, Ruth y Keefe, Elizabeth (2013). A systematic review of the prevalence of psychiatric disorders in adults with intellectual disability, 2003-2010. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 6*(3), 181-207. https://doi.org/10.1080/19315864.2011.651682

Cooper, Sally-Ann; Smiley, Elita; Morrison, Jillian; Williamson, Andrew y Allan, Linda (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry, 190*, 27-35. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022483

Etxeberría, Xabier (2008). *La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual.* Universidad de Deusto.

Fletcher, Robert; Loschen, Earl; Stavrakaki, Chrissoula y First, Michael (2007). *Diagnostic Manual- Intellectual Disability (DM-ID)*. NADD Press.

Folch, Annabel; Salvador-Carulla, Luis; Vicens, Paloma; Cortés, Mª José; Irazábal, Marcia; Muñoz, Silvia; Rovira, Lluis; Orejuela, Carmen; González, Juan A.; Martínez-Leal, Rafael. (2019). Health indicators in intellectual developmental disorders: The key findings of the POMONA-ESP project. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 32*(1), 23-34. https://doi.org/10.1111/jar.12498

Frighi, Valeria; Stephenson, Matthew T.; Morovat, Alireza; Jolley, Iain E.; Trivella, Marialena; Dudley, Christina A.; Anand, Ezhil; White, Sarah J.; Hammond, Christina V.; Hockney, Rena. A.; Barrow, Beryl; Shakir, Rehana y Goodwin, Guy. M. (2011). Safety of antipsychotics in people with intellectual disability. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *199*(4), 289-295. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085670

Galindo, Laura y Flores, Mariví (Coords.) (2014). *Discapacidad intelectual y salud mental: evaluación e intervención psicológica. Análisis de casos*. Plena Inclusión Madrid. https://plenainclusionmadrid.org/recursos/discapacidad-intelectual-salud-mental-evaluacion-e-intervencion-psicologica-analisis-casos/

Gilmore, Linda y Cuskelly, Monica (2014). Vulnerability to loneliness. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 11*, 192-199. https://doi.org/10.1111/jppi.12089

Hermans, Heidi y Evenhuis, Heleen M. (2012). Factors associated with depression and anxiety in older adults with intellectual disabilities: results of the healthy ageing and intellectual disabilities study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 28*, 691-699. https://doi.org/10.1002/gps.3872

Horovitz, Max; Shear, Stewart; Mancini, Lauren M. y Pellerito, Victoria M. (2014). The relationship between Axis I psychopathology and quality of life in adults with mild to moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities, 35*, 137-143. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.10.014

Jiménez, M., Aguilar, V., Pol, V, Mata, G., Crespo, S., Martínez, F., Carratalá, M., Pérez, E., y Pol, Emilio (2013). Seguimiento de las recomendaciones sobre psicofarmacología y su repercusión conductual en la discapacidad intelectual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *33*(119), 479-495. https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000300002

Koskentausta, T.; Iivanainen, M. y Almqvist, F. (2007). Risk factors for psychiatric disturbance in children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 51(Pt 1),* 43-53. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00871.x

Lunsky, Yona; Khuu, Wayne; Tadrous, Mina; Vigod, Simone;, Cobigo, Virginie y Gomes, Tara (2018). Antipsychotic use with and without comorbid psychiatric diagnosis among adults with intellectual and developmental disabilities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *63*(6), 361-369. https://doi.org/10.1177/07067437177272

Martínez-Leal, Rafael; Salvador-Carulla, Luis; Ruíz Gutiérrez-Colosía, Mencía; Nadal, Margarida; Novell- Alsina, Ramón; Martorell, Almudena; González-Gordon, Rodrigo G.; Mérida-Gutiérrez, M. Reyes; Ángel, Silvia; Milagrosa-Tejonero, Luisa; Rodríguez, Alicia; García-Gutiérrez, Juan C.; Pérez-Vicente, Amado; García-Ibáñez, José y Aguilera-Inés, Francisco (2011). La salud en personas con discapacidad intelectual en España: Estudio europeo POMONA-II. *Revista de Neurología, 53 (7).*406-414. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3884680/

Martorell, Almudena y Ayuso, José L. (2011) (Eds.). *Discapacidad intelectual y salud mental. Guía práctica (2ª Ed.).* Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid y Fundación Carmen Pardo Valcárcel. https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013833.pdf

Martorell, Almudena; González, M. Cruz; Gutiérrez, P.; Rincón, F. y Hernández, Mercedes (2015). *Manual Profesional: PAS-ADD Checklist.* Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

Martorell, Almudena, González, M. Cruz; Gutiérrez, P.; Rincón, F. y Hernández, Mercedes (2017). Spanish validation of the PAS-ADD Checklist Questionnaire for people with intellectual disabilities for Spanish population. *Journal of Intellectual Disability Research, 61*(10), 909-915. https://doi.org/10.1111/jir.12393

Matson, Johnny L. y Wilkins, Jonathan (2008). A Review and Analysis of Three Measures for Diagnosis of Mental Illness in Individuals with Intellectual Disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 1(1),* 2-18. https://doi.org/10.1080/19315860701674449

McConkey, Roy; Keogh, Fiona; Bunting, Brendan y García-Iriarte, Edurne (2018). Changes in the self-rated well-being of people who move from congregated settings to personalized arrangements and group home placements. *Journal of Intellectual Disabilities, 22*(1), 49-60. https://doi.org/10.1177/1744629516674086

Medina-Gómez, Begoña; García-Alonso, M. Isabel y Mercado-Val, Elvira (2015). Impacto del tipo de residencia y salud mental en la conducta de personas con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *2*(1), 355–364. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.36

Moss, Steve (2002). *The PAS-ADD Checklist*. Pavilion Publising and Media.

Moss, Steve; Patel, Pradip; Prosser, Helen; Goldberg, David; Simpson, Neill; Rowe, Steve y Luchino, Ron (1993). *Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability (mental retardation). Part I: development and reliability of the patient interview* (the PAS- ADD). *The British Journal of Psychiatry, 163,* 471-480. https://doi.org/10.1192/bjp.163.4.471

Moss, Steve; Prosser, Helen; Costello, H.; Simpson, Neill; Patel, Pradip; Rowe, Steve; Turner, S. y Hatton, C. (1998). Reliability and validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 42 (Pt 2):*173-183. https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1998.00116.x

Navas, Patricia; Esteban, Laura; Arias, Víctor y Verdugo, Miguel A. (2024). Improving quality of life and reducing behavioral problems of people with intellectual and developmental disabilities through deinstitutionalization. *Psicothema, 36*(2), 113-122. https://doi.org/10.7334/psicothema2023.303

Novell-Alsina, Ramón; Rueda-Quitllet, Pere y Salvador-Carulla, Luis (2003). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/libro_saludmental.pdf

O'Dwyer, M., Peklar, J., Mulryan, N., McCallion, P., McCarron, M., & Henman, M. C. (2017). Prevalence, patterns and factors associated with psychotropic use in older adults with intellectual disabilities in Ireland. *Journal of Intellectual Disability Research, 61*(10), 969- 983. https://doi.org/10.1111/jir.12391

Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos.* https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860

Parley, Fiona F. (2011). What does vulnerability mean? *British Journal of Learning Disabilities, 39*(4), 266-276. https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2010.00663.x

Peña-Salazar, Carlos; Arrufat, Francesc; Santos, Josep-Manel; Fontanet, Abel; González-Castro, Gretel; Más, Silvia; Roura-Poch, Pere y Valdés-Stauber, Juan (2020). Underdiagnosis of psychiatric disorders in people with intellectual disabilities: Differences between psychiatric disorders and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disabilities, 24*(3), 326-338. https://doi.org/10.1177/1744629518798259

Peña-Salazar, Carlos; Arrufat, Francesc; Fontanet, Abel; García-León, Nuria; Más, Silvia; Roura-Poch, Pere y Santos-López, Josep-Manel. (2017). El infradiagnóstico del trastorno mental en la población con discapacidad intelectual: estudio de prevalencia en población con diferentes grados de discapacidad intelectual. *Siglo Cero, 48*(3), 27-39. https://doi.org/10.14201/scero20174832739

Plena Inclusión, Hospital Sant Joan de Déu, Fundació Villablanca y CIBERSAM (2013-2016). *Proyecto POMONA.* https://plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2017/12/POMONA.pdf

Prosser, Helen; Moss, Steve; Costello, H.; Simpson, Neil; Patel, Pradip y Rowe, Steve (1998). Reliability and validity of the Mini PAS-ADD for assessing psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 42*(4), 264-272. https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1998.00146.x

Rauf, Bushra; Sheikh, Hafsa; Majid, Hassan; Roy, Ashok y Pathania, Rani (2021). COVID-19-related prescribing

challenge in intellectual disability. *British Journal of Psychology*, *7*(2), e66. https://doi.org/10.1192/bjo.2021.26

Reiss, Steven; Levitan, Grant W. y Szyszko, Joseph (1982). Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency, 86*(6), 567-574. PMID: 7102729

Reiss, Steven y Szyszko, Joseph (1983). Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency, 87*(4), 396-402. PMID: 6829617

Sáenz-Murga, Irene (2018). Influencia del tipo de vivienda en la calidad de vida de las personas mayores con discapacidad intelectual o del desarrollo. *Siglo Cero, 49*(1), 89-106. https://doi.org/10.14201/scero201849189106

Salvador-Carulla, Luis (2002). *Guía práctica de la evaluación psiquiátrica en el retraso mental.* Grupo Aula Médica.

Salvador-Carulla, Luis; Martínez-Leal, Rafael y Salinas, J. Alberto (Coords.) (2007). *Trastornos de la salud mental en personas con discapacidad intelectual: declaración FEAPS e informe técnico*. FEAPS. https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/trastornos-de-la-salud-mental-en-las-personas-con-discapacidad-intelectual-declaracion-feaps-e-informe-tecnico/

Salvador-Carulla, Luis; Rodríguez-Blázquez, C. y Lucena, A. (s.f). *Cuaderno de puntuación del Mini PAS-ADD. Traducción de la escala de evaluación para la detección de los problemas de salud mental de las personas adultas con retraso mental.* https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=Mini_PAS.pdf

Schalock, Robert L.; Luckarsson, Ruth y Tassé, Marc J. (2019). The contemporary view of intellectual and developmental disabilities: Implications for psychologist. *Psicothema, 31*(3), 223-228. https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/16959/14158

Serna-Álvarez, Ana Mª.; García-Baamonde, Mª Elena; Guerrero-Molina, Mónica y Moreno Manso, Juan Manuel (2023). Uso de psicofármacos en personas con discapacidad intelectual en Extremadura, España. *Acta Colombiana de Psicología, 26*(1), 200-213. https://doi.org/10.14718/ACP.2023.26.1.13

Snipstad, Øyvind I.M. (2022). Concerns regarding the use of the vulnerability concept in research on people with intellectual disability. *British Journal of Learning Disability, 50*(1), 107-114. https://doi.org/10.1111/bld.12366

Whitaker, Simon (2004). Hidden learning disability. *British Journal of Learning Disabilities, 32*(3), 139-143. https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2004.00264.x

Whitaker, Simon y Read, Stephen (2006). The prevalence of psychiatric disorders among people with intellectual disabilities: An analysis of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *19*(4), 330-345. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00293.x