

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**Máster de Psicología General Sanitaria**

**2017/2018**

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
INTELECTUAL Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

**Trabajo teórico**

**SOFÍA RISUEÑO GONZÁLEZ**

**Oviedo, enero 2018**

## Resumen

Aproximadamente el 1% de la población tiene discapacidad intelectual, y entre el 4 y el 40% de éstas personas desarrollan algún tipo de psicopatología, principalmente trastornos depresivos y de ansiedad. Esto está relacionado con la presencia de un gran número de factores de riesgo, generalmente relacionados con el número de eventos negativos de vida y de las habilidades para hacerles frente. A pesar de existir una alta tasa de prevalencia de psicopatología, el desarrollo de intervenciones adaptadas a personas con discapacidad intelectual ha comenzado hace pocos años. El objetivo es conocer cuáles son las intervenciones psicológicas, con evidencias de eficacia, utilizadas con personas con discapacidad intelectual que presentan problemas de salud mental. Para ello se analizó un grupo de intervenciones formadas por terapias cognitivo conductuales, terapia cognitiva basada en el 'mindfulness', activación conductual, técnicas de relajación y ejercicios físicos, obtenidas de la revisión sistemática de la literatura publicada. Los resultados obtenidos indican que las personas con discapacidad intelectual son capaces de beneficiarse de la psicoterapia en la medida en que se superan las limitaciones relacionadas con el nivel cognitivo y verbal, la baja motivación hacia la terapia y las dificultades relacionales que afectan a la alianza terapéutica.

**Palabras clave:** discapacidad intelectual; diagnóstico dual; intervención; ansiedad; depresión.

## **Abstract**

Approximately 1% of the population has got intellectual disability, and between 4 and 40% of these people develop some kind of psychopathology, mainly depressive disorders and anxiety. This is related to the presence of a large number of risk factors, generally associated with the number of negative life events and the coping skills. Despite a high psychopathology prevalence rate, the development of interventions adapted to people with intellectual disability has begun just a few years ago. The aim is to know which are the psychological interventions, with evidence of efficacy, used on people with intellectual disability who have mental health problems. In order to carry this out, an analysis was performed with a set of interventions made up of cognitive behavioural therapies, cognitive therapy based on mindfulness, behavioural activation, relaxation techniques and physical exercises; obtained from the systematic review of the published literature. The obtained results suggest that people with intellectual disability are able to benefit from psychotherapy in so far as they overcome limitations related to the cognitive and verbal level, low motivation towards the therapy and relational difficulties that affect the therapeutic alliance.

**Keywords:** intellectual disability, dual pathology, therapy, depression, anxiety.

## **Intervención psicológica en personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental**

La discapacidad forma parte de la condición humana. Existen muchos tipos de discapacidad, con distintas características y niveles en cada una, y diferentes contextos por los que se ven influenciadas. Alrededor del 1% de la población tiene discapacidad intelectual (DI) (Maulick, Mascarenhas, Mathers, Dua y Saxena, 2011; Sheehan et al., 2015). La DI es un estado individual que se caracteriza por presentar limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en conducta adaptativa, originadas antes de los 18 años (Schalock et al., 2010).

La discapacidad es una condición compleja, que requiere de un amplio estudio y preparación para el desarrollo de intervenciones eficaces que mejoren el bienestar personal o la calidad de vida de las personas con discapacidad. Un papel clave para el desarrollo de prácticas eficaces lo desempeñan los profesionales, las propias personas con discapacidad, además de familiares y organizaciones (Verdugo, Gómez y Navas, 2013). La psicología ha estado y está profundamente involucrada en el campo de la DI. Históricamente los psicólogos han tenido una gran participación en la evaluación e intervención de las personas con DI en comparación con otros profesionales de la salud mental. Existe una amplia tradición de aplicar principios conductuales para mejorar la calidad de vida de las personas con DI y evaluar con fines de clasificación y planificación educativa pero, aún hoy, existe una pobre comprensión de los problemas de salud mental y la aplicación de intervenciones terapéuticas diferentes al análisis conductual aplicado (Razza, Schwartz Dayan, Tomasulo y Ballan, 2014).

Reiss, Levitan y Szyszko denominaban en 1982 “eclipse diagnóstico” a la tendencia a interpretar signos de problemas de salud mental como inherentes a las limitaciones en el funcionamiento intelectual de las personas con DI. Esta tendencia se observa tanto en familiares como en profesionales, con importantes consecuencias como, por ejemplo, no buscar soluciones para mejorar ciertos comportamientos que pueden ser problemáticos para la persona o su entorno (Guerra, 2012). Sin embargo, los estudios sugieren que las personas con DI desarrollan algún tipo de psicopatología comórbida con tasas similares o superiores a las de la población general (Horovitz et al., 2011), aunque las presentaciones atípicas, los déficits en la comunicación y el poco conocimiento sobre salud de las personas con DI dificulten su diagnóstico (Sheehan et

al., 2015). De hecho, las estimaciones de prevalencia de problemas de salud mental en adultos con DI oscilan entre el 4 y el 40,9% (Bouvet y Coulet, 2015; Chester et al., 2013; Cooney, Jackman, Coyle y O'Reilly, 2017; Horovitz et al., 2011; Kozlowski, Matson, Sipes, Hattier y Bamburg, 2011), según los criterios diagnósticos y métodos utilizados, siendo los diagnósticos más frecuentes los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad (Chester et al., 2013; Horovitz et al., 2011).

Wieland, Haan y Zitman (2014) realizaron un estudio en el que compararon las tasas de trastornos psicológicos en la población general, personas con funcionamiento intelectual límite y DI leve. Los resultados indicaron que el grupo de personas con DI tenía mayores tasas de trastornos psicóticos (15.1%) y trastornos somatomorfos (3.3%), mientras que la población general presentaba mayores tasas de trastornos del estado de ánimo (36.2%) frente al 20.4% de las personas con DI leve. Las personas con funcionamiento intelectual límite tenían mayores tasas de trastornos de ansiedad (34.5%) en comparación con las personas con DI leve (29.6%), destacando en estos últimos la alta tasa de trastorno de estrés postraumático (19.7%).

Entre los factores que explican tasas superiores de psicopatología comórbida destaca que las personas con DI se enfrentan a una vida de exclusión social, discriminación y, en muchas ocasiones, apoyo social y emocional inadecuado (Idusohan-Moizer, Sawicka, Dendle y Albany, 2015), que predisponen al desarrollo de trastornos emocionales y de ansiedad. Otros factores de riesgo de las personas con DI para el desarrollo de psicopatología frecuentemente identificados son las dificultades sociales, habilidades instrumentales y de la vida diaria inadecuadas, problemas de salud (Dekker y Koot, 2003), predisposición biológica (Chester et al., 2013), ser mujer, tener una edad avanzada, presentar enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, bajo nivel educativo, pocos contactos sociales y la falta de ocupación diurna (Hermans y Evenhuis, 2013). La gran mayoría de factores identificados se solapan con los encontrados en población general, pero quizá el más importante de todos es el número de eventos negativos de vida a los que se enfrentan, por ser un número elevado y por tener pobres habilidades para enfrentarse a ellos. También Reid et al. (2011) establecieron una relación entre la residencia en instituciones y la psicopatología, de tal modo que las personas que residen en instituciones tienen una menor probabilidad de experimentar niveles elevados de ansiedad. Esto se debe a una menor autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones, lo que hace experimentar menos estrés diario. Asimismo, existe

una relación bidireccional entre DI y pobreza (Razza et al., 2014). Hay evidencia de que la DI puede aumentar el riesgo de que aparezcan dificultades económicas relacionadas con el cuidado, y estas dificultades aumentan el número de factores de riesgo a los que se enfrentan las personas con DI.

Según Turygin, Matson, Adams y Williams (2014), las personas diagnosticadas con DI y psicopatología tienen una alta probabilidad de tener no solo uno, sino varios diagnósticos psicológicos. Esto no sería diferente a lo que ocurre en la población general, para la cual también es frecuente la coocurrencia de dos o más trastornos. Además de que el diagnóstico dual sea bastante frecuente, la psicopatología es relativamente estable (Horovitz et al., 2011), aunque su diagnóstico presenta varias dificultades. Entre ellas, quizá la más importante sea que los adultos con DI presentan, en mayor o menor grado, dificultades para identificar y describir síntomas cognitivos y afectivos (Mileviciute y Hartley, 2015; Reid, Smiley y Cooper, 2011). Tal dificultad no es exclusiva de las personas con DI, también los proveedores de apoyo naturales y profesionales, incluidos los propios profesionales de salud mental, presentan dificultades para identificar los problemas de salud mental en este colectivo. Por ello, resulta fundamental conocer los signos y síntomas más frecuentes (Hermans, Beekman y Evenhuis, 2014), así como el desarrollo de instrumentos adaptados a personas con DI que permitan llevar a cabo una evaluación exhaustiva de sus necesidades psicológicas y proporcionarles intervenciones individualizadas (Mileviciute y Hartley, 2015). Turygin et al. (2014) ponen de relieve la necesidad de que, en cualquier caso, las decisiones diagnósticas utilicen tantas fuentes de información como sea posible, incluyendo información referente a la frecuencia y gravedad de los síntomas.

Pero, tal y como se cuestionaban Green, Berkovits y Baker (2015) ¿es igual la psicopatología en personas con DI a la observada en personas con desarrollo neurotípico? A partir de esta cuestión, la National Association for the Dually Diagnose (NADD), en colaboración con la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), desarrollaron el manual diagnóstico Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID), una adaptación del DSM-IV-TR para personas con DI en la que los profesionales de la salud pueden acceder a información relacionada con la presentación de los síntomas que pueden diferir de la población general (Razza et al., 2014). Actualmente se ha elaborado el DM-ID-2, que se corresponde con el DSM-5.

A pesar de existir interés por comprender y abordar los problemas de salud mental en DI, especialmente los trastornos emocionales de ansiedad y depresión, la mayor parte del trabajo que se realiza en esta área se centra en la investigación para la definición y clasificación de la DI, así como sobre programas de capacitación de las personas con DI para su integración en el ámbito académico, laboral y social, dejando los problemas de salud mental en un segundo plano, lo que conlleva que el modo de atención más común sea la medicación, a pesar de los problemas secundarios que provoca y su baja eficacia (Bouvet y Coulet, 2015). Aunque los estudios sobre la eficacia de psicoterapias son numerosos, las personas con DI son excluidas de forma generalizada, lo que ha dificultado que se desarrollen intervenciones adaptadas a esta población (Razza et al., 2014).

En los últimos años la investigación sobre la eficacia de terapias psicológicas para personas con DI ha aumentado, especialmente en relación a la terapia cognitivo conductual (TCC) (Vereenooghe, Gega, Reynolds y Langdon, 2016). La TCC se reconoce como una intervención basada en la evidencia y es ampliamente recomendada como tratamiento de elección en población general. La investigación, aunque escasa, indica que las personas con DI pueden beneficiarse de este tipo de intervenciones (McGillivray y Kershaw, 2015). A pesar de ello, existe una tendencia a sobreprescribir antipsicóticos en personas con DI. Según Sheehan et al. (2015), la tasa de prescripción de antipsicóticos en personas con DI es aproximadamente el doble que la de la población general, y entre el 50 y el 70% de estas prescripciones se realizan en ausencia de un registro de problemas de salud mental graves. Estos autores sugieren que la farmacoterapia, en particular los antipsicóticos, se utiliza en algunos casos para el control de problemas de comportamiento. Esta situación resalta la necesidad del desarrollo y conocimiento de intervenciones eficaces en salud mental que disten del empleo exclusivo de farmacoterapia.

Por todo lo anterior, el objetivo de esta revisión se centra en conocer cuáles son las intervenciones psicológicas, con evidencias de eficacia, utilizadas con personas con DI que presentan problemas de salud mental. Para ello, se llevará a cabo una búsqueda sistemática sobre estudios que examinen la eficacia de una intervención psicológica para personas con DI.

## **Método**

### **Estrategia de búsqueda**

Para la recopilación del material bibliográfico se utilizaron las bases de datos PsycINFO, PubMed y CSIC. Asimismo, se buscó material directamente en la revista *Journal of Intellectual Disability Research*, al tratarse de una de las publicaciones más relevante sobre DI según su factor de impacto, que abarca estudios biológicos, educativos, genéticos, médicos, psiquiátricos, psicológicos y sociológicos, permitiendo así un amplio conocimiento sobre el tratamiento y prevención de DI, además de contribuciones éticas, legales, políticas y prácticas públicas. El descriptor utilizado para las bases de datos en inglés PsycINFO y PudMed fue ‘intellectual disability’, combinado con ‘therapy’, ‘dual pathology’, ‘depression’ y ‘anxiety’. En la base de datos CISC se usaron los descriptores “discapacidad intelectual”, combinado con “terapia”, “depresión” y “ansiedad”. En la búsqueda en *Journal of Intellectual Disability Research* se utilizaron los descriptores “depression” y “anxiety”.

### **Criterios de selección**

Con respecto a las características de los estudios, se revisaron estudios empíricos de tipo cuantitativo, publicados en forma de artículo, escritos en lengua inglesa o española entre los años 2012 y 2017. Los estudios que no aportaban datos estadísticos y cuya intervención no se centraba en un trastorno emocional de ansiedad o depresión fueron excluidos. Se revisaron los artículos que permitían acceso al texto completo.

En relación con la muestra, se revisaron los estudios en los que los participantes eran mayores de edad, tenían un diagnóstico principal de DI y un diagnóstico secundario de trastorno de ansiedad o depresión, o sintomatología ansiosa o depresiva.

### **Organización y análisis de los estudios**

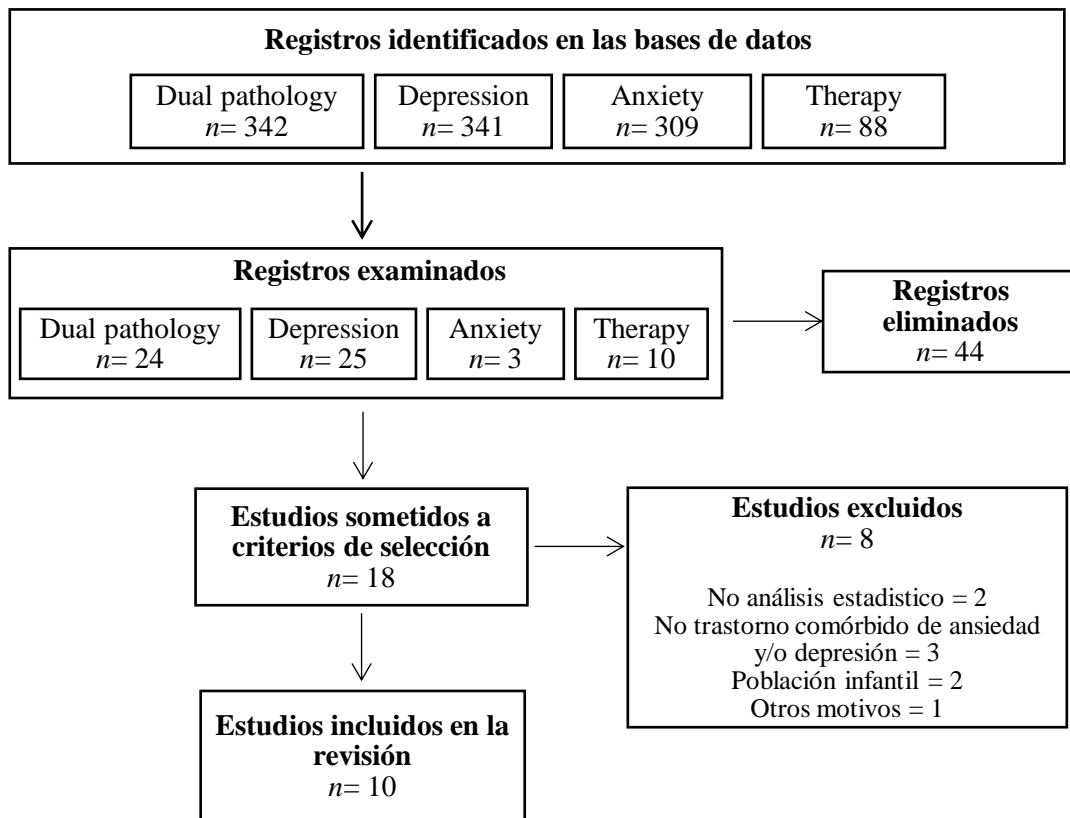
Se optó por una organización en función de la intervención aplicada para el diagnóstico secundario, tanto en el análisis de los estudios como en la presentación de los resultados.



## Resultados

### Descripción de los estudios y los participantes

La búsqueda dio lugar a un total de 62 artículos que fueron examinados por su posible relevancia para el análisis. Todos ellos estaban publicados en lengua inglesa. Posteriormente, teniendo en cuenta el título de la publicación y el resumen, se eliminaron los artículos que no evaluaban la eficacia de una intervención en salud mental para adultos con DI ( $n= 52$ ). De este modo, el total de resultados se redujo a 10 artículos, que fueron los analizados finalmente en esta revisión (Figura 1).



**Figura 1.** Criterios de inclusión y exclusión de los estudios analizados

El total de participantes fue de 292 sumando los 10 estudios examinados. Los participantes estaban bastante equilibrados por género (el 49.9 % eran mujeres). Su edad oscilaba entre los 20 y los 69 años ( $M= 37.4$  años;  $DT= 4$ ). Todos los participantes fueron diagnosticados con DI. Según su CI, la mayoría fue clasificado con DI leve (78.4%) o moderada (19.5%). Solo el 0.7% tenía DI severa y un 1.4% un CI límite. Más información detallada acerca de la muestra se encuentra especificada en la Tabla 1.

El tamaño de los grupos con intervención psicológica osciló entre 12 y 24 participantes ( $M= 18.5$ ;  $DT= 4.33$ ). El tratamiento aplicado con mayor frecuencia fue la terapia cognitivo conductual ( $n= 5$ ). En los de estudios Carraro y Gobbi (2012, 2014), se aplicó un programa de ejercicios. Bouvet y Coulet (2015) optaron por emplear técnicas de relajación basadas en la Relajación de Jacobson. Jahoda et al. (2015) aplicaron un manual de activación conductual adaptado a DI, mientras Idusohan-Moizer et al. (2015) aplicaron una terapia cognitiva basada en el ‘mindfulness’. La mayoría fueron intervenciones grupales (60%), mientras solo en cuatro casos se realizó de forma individual. Llama la atención que solo en tres estudios (30%) se incluyó a los familiares y proveedores de apoyo profesionales como parte de la intervención (Bouvet y Coulet, 2015; Hartley et al., 2015; Idusohan-Moizer et al., 2015).

En lo que concierne al diseño de los estudios, la mayoría eran ensayos controlados aleatorizados, mientras solo tres estudios fueron ensayos no controlados (IdusohanMoizer et al., 2015; Jahoda et al., 2015; McGillivray y Kershaw, 2015). Con respecto al grupo control, en dos estudios se asignó a los participantes a una lista de espera (Bouvet y Coulet, 2015; Lindsay et al., 2015), en tres se utilizó como control un grupo de tratamiento habitual en el que los participantes seguían recibiendo las intervenciones previas al estudio (Cooney et al., 2017; Hartley et al., 2015; Hassiotis et al., 2013) y en dos casos realizaron una actividad diferente a la del grupo experimental (Carraro y Gobbi, 2012, 2014). Toda la información referida al diseño experimental y las intervenciones se resume en la Tabla 2.

En la mitad de los ensayos se trabajó con personas con niveles elevados de ansiedad o depresión, sin tener un diagnóstico específico, aunque algunos de los participantes cumplieran los criterios para el diagnóstico (Bouvet y Coulet, 2015; Carraro y Gobbi, 2012; Carraro y Gobbi, 2014; Jahoda et al., 2015; McGillivray y Kershaw, 2015). En los estudios restantes, los sujetos tenían un diagnóstico secundario de trastorno de ansiedad o trastorno depresivo, ansiedad y depresión comórbida, o ansiedad o depresión recurrente, según los criterios del DSM-IV-TR (Cooney et al., 2017), de la CIE-10 (Hassiotis et al., 2013) o del DM-ID (Hartley et al., 2015). La información referente a la evaluación y los criterios diagnósticos se encuentra especificada en la Tabla 3.

**Tabla 1.** Características de la muestra de los estudios examinados.

<b>Autores</b>	<b>Participantes (%) mujeres</b>	<b>Edad media Rango de edades</b>	<b>Diagnóstico primario</b>	<b>Diagnóstico secundario</b>	<b>Entorno residencial</b>	<b>Medicación psiquiátrica (%)</b>	<b>Inclusión de trastornos psicóticos</b>
Carraro y Gobbi (2012)	27 (41%)	40.1 (31-49)	DI Leve (n= 18) Moderada (n= 9)	Sintomatología ansiosa y/o depresiva	Residencia con la familia o independiente que acudían a centro de día	No	No
Carraro y Gobbi (2014)							
Hassiotis et al. (2013)	32 (62.5%)	36 (20-67)	DI Leve (n= 30) Moderada (n= 2)	Trastornos de ansiedad, Trastornos depresivos, Trastorno ansiedad y depresión	Residencia independiente con apoyo intermitente	Sí (59.4%)	No
Lindsay et al. (2015)	24 (50%)	31	DI Leve (n= 24)	Trastorno de ansiedad, Trastorno depresivo, Trastorno de ansiedad y depresión, Duelo con ansiedad y depresión, Celos patológicos, Experiencia previa de abuso sexual	No se especifica	No	No
Hartley et al. (2015)	24 (45.8%)	39.5 (22-54)	DI Leve (n= 24)	Depresión mayor, Distimia, Trastorno depresivo no especificado	Residencia con familiares, en grupo o independiente	Sí (83.3%)	Si
Idusohan-Moizer et al. (2015)	15 (53.3%)	30.7 (21-44)	DI Límite (n= 4) Leve (n= 8) Moderada (n= 3)	Trastorno de ansiedad, Trastorno depresivo, Trastorno de ansiedad y depresión Trastorno bipolar	No se especifica	Sí	No se especifica
McGillivray y Kershaw (2015)	70 (40%)	36	DI Leve (n= 70)	Sintomatología depresiva	Residencia con familiares, alojamiento subvencionado o independiente	Sí (26%)	No
Jahoda et al. (2015)	21 (42.9%)	42.2 (21-63)	DI Leve (n= 16) Moderada (n= 3) Severa (n= 2)	Sintomatología ansiosa o depresiva	Residencia con familiares, en grupo o independiente	No se especifica	No
Bouvet y Coulet (2015)	30 (53%)	40.4	DI Leve (n= 19) Moderada (n= 11)	Sintomatología ansiosa o depresiva	No se especifica	No se especifica	No se especifica
Cooney et al. (2017)	49 (61.2%)	40.6 (23-69)	DI Leve (n= 20) Moderada (n= 29)	Trastorno de ansiedad, Trastorno depresivo, Trastorno de ansiedad y depresión	No se especifica	Sí (44,9%)	No

*Nota.* DI= discapacidad intelectual.

**Tabla 2.** Características del diseño experimental y la intervención de los estudios examinados.

<b>Autores (año)</b>	<b>Diseño del estudio</b>	<b>Grupo tratamiento (n)</b>	<b>Tipo de intervención</b>	<b>Proveedores de apoyo</b>	<b>Grupo control (n)</b>	<b>Seguimiento</b>
Carraro y Gobbi (2012)	ECA	Ejercicios físicos (n= 14)	Grupal	No	Actividad de pintura (n= 13)	-
Carraro y Gobbi (2014)						
Hassiotis et al. (2013)	Ensayo controlado aleatorizado de viabilidad	Tratamiento habitual + Manual individualizado de TCC (n= 16)	Individual	No	Tratamiento habitual (n= 16)	6 meses
Lindsay et al. (2015)	ECA	TCC (n= 12)	Individual	No	Lista de espera (n= 12)	3 y 6 meses
Hartley et al. (2015)	ECA	TCC (n= 16)	Grupal	Sí (Padres, responsables de caso y empleados)	Tratamiento habitual (n= 8)	3 meses
Idusohan-Moizer et al. (2015)	Ensayo no controlado	Terapia cognitiva basada en el 'mindfulness' (n= 15)	Grupal	Sí (Familiares y empleados)	-	6 semanas
McGillivray y Kershaw (2015)	ECA	Estrategias cognitivo-conductuales (n= 24) Estrategias cognitivas (n= 23) Estrategias conductuales (n= 23)	Grupal	No	-	6 meses
Jahoda et al. (2015)	Ensayo no controlado	Activación conductual (n= 21)	Individual	Sí	-	6 meses
Bouvet y Coulet (2015)	ECA	Técnicas de relajación (n= 15)	Grupal	No	Lista de espera (n= 15)	-
Cooney et al. (2017)	ECA	TCC informatizada (n= 24)	Individual	No	Tratamiento habitual (n= 25)	3 meses

**Nota.** ECA= ensayo controlado aleatorizado; TCC= terapia cognitivo conductual.

**Tabla 3.** Características de las evaluaciones y criterios diagnósticos de los estudios examinados.

<b>Autores (año)</b>	<b>Criterios diagnóstico DI</b>	<b>Criterios diagnóstico secundario</b>	<b>Instrumentos de evaluación</b>	<b>Instrumentos adaptados a DI</b>	<b>Instrumentos validados en DI</b>
Carraro y Gobbi (2012)	No especificado	-	Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI-Y) Escala de ansiedad de Zung (SAS-ID)	No Sí	No Sí
Carraro y Gobbi (2014)			Escala de autoevaluación de depresión (SDS-ID)	Sí	Sí
Hassiotis et al. (2013)	Evaluación clínica de necesidades de apoyo	CIE-10	Inventario de depresión de Beck para jóvenes (BDI-Y) Inventario de ansiedad de Beck para jóvenes (BAI-Y)	Sí Sí	No No
Lindsay et al. (2015)	No especificado	No especificado	Inventario de Síntomas Breve (BSI) Escala de ansiedad de Glasgow para personas con DI (GAS-ID) Escala de depresión de Glasgow para personas con DI (GDS-ID)	No Sí Sí	Sí Sí Sí
Hartley et al. (2015)	No especificado	DM-ID	Autocuestionario de depresión (SRDQ) Escala revisada de problemas de comportamiento (SIB-R) Programa de evaluación de desempeño social (SPSS)	Sí Sí Sí	Sí Sí Sí
Idusohan-Moizer et al. (2015)	No especificado	No especificado	Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) Escala de compasión	No Sí	No No
McGillivray y Kershaw (2015)	Ley de discapacidad 2006 (Vic)	-	Inventario de depresión de Beck (BDI-II) Cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ-R)	No Sí	Sí No
Jahoda et al. (2015)	No especificado	-	Escala de depresión de Glasgow para personas con DI (GDS-ID) Escala de depresión para discapacidad intelectual (IDDS) Índice de participación comunitaria (ICI) Índice de participación de la vida doméstica (IPDL) Escala de bienestar general (HoNOS-LD)	Sí Sí No No Sí	Sí Sí No No Sí
Bouvet y Coulet (2015)	DSM-IV-TR	-	Escala de autoestima de Rosenberg (RSES) Cuestionario e regulación de la emoción (ERQ) Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI-Y)	No No No	No No No
Cooney et al.(2017)	No especificado	DSM-IV-TR	Escala de depresión de Glasgow para personas con DI (GDS-ID) Escala de ansiedad de Glasgow para personas con DI (GAS-ID) Resultados clínicos de la evaluación de rutina – DI (CORE-ID)	Sí Sí Sí	Sí Sí Sí

**Nota.** CIE-10= Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión; DM-ID= Manual de diagnóstico - Discapacidad intelectual; DSM-IV-TR= Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición revisada.

Todos los estudios, a excepción del realizado Hartley et al. (2015), utilizaron como criterio de exclusión la coocurrencia de un trastorno psicótico. Por el contrario, la mitad de los estudios examinados ( $n= 5$ ) permitieron la participación a aquellos que estaban tomando medicación psiquiátrica.

### **Terapia cognitiva conductual (TCC)**

Cinco fueron los estudios que utilizaban la TCC como intervención preferida para el tratamiento de los síntomas de ansiedad o depresión en personas con DI. A continuación se describen por orden de publicación.

Hassiotis et al. (2013) diseñaron y llevaron a cabo un estudio que evalúa la efectividad de un manual individualizado de terapia cognitivo conductual (M-iTCC) basado en un enfoque transdiagnóstico de depresión y ansiedad. La terapia cognitiva en la que se basaron fue la descrita por Beck et al. (1979), además el manual incluía psicoeducación, relajación, viñetas clínicas sobre aspectos particulares de la terapia e información dirigida a la familia y/o cuidadores sobre como apoyar al paciente durante la terapia. Los participantes fueron asignados de forma aleatoria a los grupos experimental y control. Ambos grupos recibirían el tratamiento habitual, que consistía en atención por un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras y personal de enfermería para evaluar el estado mental y ajustar medicación, psicólogos que trabajaban en habilidades de afrontamiento e intervenciones conductuales, y trabajadores sociales. El grupo experimental además recibió tratamiento cognitivo conductual.

El objetivo del estudio de McGillivray y Kershaw (2015) fue examinar la eficacia a corto plazo de tres estrategias grupales de tratamiento. Durante 12 semanas se aplicó el programa “Think happy, Feel happy, Be happy” formado por estrategias cognitivas y conductuales y que están divididas en tres módulos. El primero se centra en los sentimientos, el segundo en los pensamientos y el tercero en mejorar la cantidad y calidad e las interacciones sociales. El grupo de tratamiento estrategias conductuales recibió una versión ampliada de las estrategias conductuales contenidas en el programa de intervención. Lo mismo ocurrió en el grupo de tratamiento estrategias cognitivas.

En su estudio, Hartley et al. (2015) trataron de explorar la eficacia de la TCC en grupo sobre la depresión, cuando incluía en la terapia a los cuidadores. Asimismo, examinaron el nivel de comprensión y la capacidad de aplicar los principios de la TCC.

Los autores trataron de determinar también si la TCC tendría efectos más amplios que llevaran a mejoras del comportamiento y las habilidades sociales. El programa de TCC aplicado se desarrolló a partir del programa de TCC para niños con desarrollo típico Penn Resiliency Program (Gilliam et al., 2006) y el programa para adolescentes con depresión de Brent y Poling (1997). Tuvo una duración de 10 semanas, en las que se aplicó una sesión de 1.5 horas. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental, en el que recibirían tratamiento con TCC, y al grupo control en el que se aplicaría el tratamiento habitual que consistía en manejo de casos y apoyo del personal.

Lindsay et al. (2015) desarrollaron un manual transdiagnóstico de TCC basado en el de Barlow, Allen y Choate (2004) que fuera capaz de aplicarse a varios trastornos emocionales en el campo de la DI. El manual consta de cinco módulos, el módulo 1 corresponde a la fase de evaluación; el módulo 2 es una fase de preparación que tiene como objetivo promover el compromiso con el proceso de TCC. El módulo 3 evalúa la capacidad del sujeto para identificar y diferenciar distintas emociones; el módulo 4 es la fase de tratamiento central que es desarrollada y discutida con el paciente; y por último, en el módulo 5 se trabajan aspectos de mantenimiento, resiliencia y prevención de recaídas. Participaron sujetos con DI leve y un trastorno emocional secundario de ansiedad y/o depresión, que fueron asignados de manera aleatoria al grupo de TCC y al grupo control de lista de espera.

Cooney et al. (2017) desarrollaron y evaluaron un prototipo de juego informatizado, Pesky Gnats: The Feel Good Island, como una intervención psicológica para el tratamiento de la ansiedad y depresión en adultos con DI leve o moderada. El juego simplifica mediante una historia social los conceptos básicos de la TCC, con lo que trata de enseñar a manejar el estado de ánimo empleando el modelo cognitivo. El tratamiento tuvo una duración de 7 semanas en las que se realizaba una sesión de 1 hora de duración. Cada sesión suponía un nivel diferente de juego en el que se enseñaba una habilidad diferente. Al final de cada sesión los participantes realizaban un ejercicio de 'mindfulness' o de relajación. Los participantes fueron asignados de forma aleatoria al grupo TCC informatizada y al grupo control en el que se continuó aplicando el tratamiento psiquiátrico habitual, que consistía en control de peso por nutricionistas, apoyo domiciliario, laboral y comunitario, tratamiento farmacológico y TCC para el manejo de ira.

Hassiotis et al. (2013) no observaron que la TCC redujera los niveles de depresión y ansiedad de las personas con DI de forma significativa. Si observaron una disminución más acusada de los niveles de depresión en el grupo M-iTCC en aquellas personas que en la evaluación inicial tuvieron puntuaciones elevadas de depresión. Cooney et al. (2017) tampoco encontraron diferencias significativas en los síntomas de depresión y el bienestar psicológico tras la aplicación de la TCC informatizada.

Por el contrario, Hartley et al. (2015) indican que la TCC produjo diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión al finalizar la intervención. Asimismo, para Lindsay et al. (2015) la TCC demostró eficacia en la reducción de la ansiedad, depresión y el índice general sintomático (GSI); y para Cooney et al (2017) en síntomas de ansiedad, preocupaciones y síntomas fisiológicos con tamaño de efecto medio en el postratamiento ( $d= 0.67$ ) y grande en el seguimiento ( $d= 1.10$ ). En los tres estudios los resultados se mantuvieron en la evaluación de seguimiento. Además, Hartley et al. (2015) encontraron que la intervención de TCC produjo una mejora significativa en los problemas de comportamiento.

McGillivray y Kershaw (2015) obtuvieron que las estrategias conductuales, las estrategias cognitivas y estrategias cognitivo-conductuales producían una disminución significativa de los síntomas depresivos, que fue mayor en el grupo que combinaba ambas estrategias, y en el único que se encontraron disminuciones significativas de los pensamientos automáticos negativos.

### **Práctica de ejercicio**

El estudio realizado por Carraro y Gobbi (2012) se dirigía a conocer los efectos a corto plazo de un programa de ejercicio de 12 semanas sobre los estados de ansiedad en adultos con DI leve y moderada. La práctica de ejercicio se realizaba dos veces a la semana, en sesiones de una hora. Durante ese tiempo, las personas realizaban ejercicios y juegos individuales, en parejas y en grupo utilizando bolas, cuerdas y mancuernas. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de ejercicios físicos y al grupo control, en el que se realizó una actividad de pintura. Dos años más tarde, los mismos autores publicaron los efectos del mismo programa de ejercicios físicos sobre los síntomas depresivos (Carraro y Gobbi, 2014).

En ambos estudios se puso de manifiesto que una reducción significativa de los síntomas de depresión o ansiedad en comparación con el grupo control. Los tamaños de



los efectos fueron grandes tanto en el postratamiento ( $d= 1.70$  para la ansiedad y  $d= 1.00$  en el caso de la depresión) como en el seguimiento ( $d= 1.60$  en ansiedad y  $d= 4.28$  en la depresión).

### **Técnicas de relajación**

Bouvet y Coulet (2015) evaluaron la eficacia de las técnicas de relajación para reducir la ansiedad, así como para mejorar la regulación emocional y la autoestima en personas con DI. Los participantes fueron asignados de forma aleatoria a los dos grupos de estudio: un grupo control de lista de espera y un grupo intervención con técnicas de relajación basadas en la relajación de Jacobson. Para el grupo con tratamiento, las sesiones eran semanales y tenían una duración de una hora.

Los resultados indicaron que en ambos grupos los sujetos tenían niveles elevados de ansiedad estado y ansiedad rasgo al inicio de la intervención. Las puntuaciones en ansiedad del grupo tras la intervención disminuyeron significativamente con un tamaño de efecto grande ( $d= -0.72$ ), mientras no se produjeron cambios significativos en la ansiedad rasgo. También la comparación de ambos grupos tras la intervención mostró niveles de ansiedad significativamente inferiores en el grupo de relajación en comparación con el grupo control con un tamaño de efecto grande ( $d= -0.93$ ).

### **Activación conductual (AC)**

Jahoda et al. (2015) adaptaron una versión del manual de activación conductual para personas con DI y evaluaron su eficacia para reducir síntomas depresivos y aumentar el bienestar general. La intervención tuvo una duración de 10-12 sesiones divididas en tres fases: (a) en la primera, se llevó a cabo la presentación; (b) en la segunda, se incluyó la práctica de actividades programadas; y (c) en la tercera, se revisaron los logros conseguidos y se les orientaba para el mantenimiento. Al tratarse de un ensayo abierto, todos los participantes se incluyeron en el grupo de intervención con AC, sin incluirse un grupo de comparación.

Los resultados mostraron reducciones significativas de los síntomas depresivos, informados tanto por los participantes como por terceras personas (i.e., proveedores de apoyo), tanto en el postratamiento como en el seguimiento. Sin embargo, no se produjeron cambios en el patrón de actividades de la vida diaria y el incremento del nivel de actividades comunitarias fue pequeño.

## **Terapia cognitiva basada en ‘mindfulness’ (MBCT)**

IdusohanMoizer et al. (2015) evaluaron la eficacia de la atención plena como terapia psicológica en adultos con DI. Para ello, adaptaron el programa de terapia cognitiva basada en el ‘mindfulness’ (MBCT) para depresión y ansiedad de Segal, Williams y Teasdale (2002). Con él, se trabajaba la atención plena en la respiración, junto con estiramientos básicos de yoga, un diario de acontecimientos agradables y desagradables, y el ejercicio de la pasa (consiste en poner una pasa sobre la palma de la mano, observarla durante un momento y hacernos conscientes de cualquier pensamiento que pase por la cabeza; seguidamente la olemos, la acercamos a la boca y la comemos lentamente, siendo conscientes de todo el proceso). Asimismo, se utilizaron metáforas y analogías de la terapia de aceptación y compromiso (ACT), ejercicios para el desarrollo de autocompasión y la atención plena en las plantas de los pies. El programa se aplicó en dos grupos, ambos formados por participantes y familiares y proveedores de apoyo profesionales, durante 10 semanas, en sesiones de una hora y media.

Los niveles de ansiedad y depresión experimentados por los participantes disminuyeron de forma significativa después de la intervención y se mantuvieron en el seguimiento. Del mismo modo, mejoró de forma significativa la compasión de los participantes sobre sí mismos y los otros. La compasión es un componente básico de la atención plena y puede ser entendido como un elemento que define la motivación de las acciones (Coutiño, 2012).

## **Discusión**

Aunque las tasas de prevalencia varían según los estudios analizados, alrededor del 20-40% de las personas con DI presentan algún tipo de trastorno depresivo o de ansiedad comórbido (Chester et al., 2013; Horovitz et al., 2011; Kozlowski et al., 2011; Cooney et al., 2017). Esto hace que sea importante el desarrollo de instrumentos de evaluación e intervenciones adaptadas a esta población.

El primer paso para una adecuada intervención en salud mental es realizar un buen diagnóstico. En lo referente al proceso de evaluación, en las muestras analizadas el diagnóstico de DI se ha realizado en función del cociente intelectual (CI), a excepción de Hassiotis et al. (2013) que diferenciaron entre DI leve, modera y grave en función de

las necesidades de apoyo necesarias en cada caso. Esta evaluación se llevó a cabo por psicólogos, aunque no se especifica qué pruebas realizaron. En relación con la evaluación del CI, tan solo Bouvet y Coulet (2015) indican la prueba utilizada (i.e., Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos III). McGillivray y Kershaw (2015) usaron también una prueba estandarizada de inteligencia para la evaluación del CI sin especificar de cual se trata. En este punto nos encontramos que, a pesar de que los criterios para el diagnóstico de DI están bien establecidos, no son comprobados empíricamente en muchos de los estudios.

El principal problema que se da en la práctica clínica es el diagnóstico de problemas de salud mental comórbidos. La tendencia a pasar por alto la psicopatología en DI, debido a la atribución de que la sintomatología presentada por las personas con DI a la propia discapacidad y no como independiente de ésta (el denominado efecto eclipsador de Reiss et al., 1982), sigue siendo un tema controvertido. Asimismo, entre aquellos que identifican la psicopatología como independiente de la DI existe discusión entre si los síntomas de ansiedad y depresión que presentan las personas con DI se corresponden con los criterios diagnósticos estándar (Hermans et al., 2014), y si dichos síntomas son presentaciones atípicas de ansiedad y depresión (Sheehan et al., 2015). Otro problema que se presenta en la evaluación y diagnóstico de psicopatología es el diagnóstico diferencial de sintomatología de un problema de salud mental y comportamientos desafiantes, ya que en muchas ocasiones se habla de comportamientos desafiantes cuando en realidad son síntomas de psicopatología (Vereenooghe et al., 2016).

En el diagnóstico, el criterio clínico es muy importante pero no debe ser el único. Existen numerosos instrumentos de evaluación para trastornos mentales validados en población general que se emplean asiduamente en las consultas psicológicas. En población con DI se cree que, debido a las limitaciones cognitivas y de lenguaje que presentan, no son informantes válidos, y por ello no es adecuado el uso de cuestionarios. Sin embargo, del análisis de la bibliografía se desprende que las personas con DI leve o moderada son capaces de informar con fiabilidad acerca de sus sentimientos (Hermans et al., 2014), si bien es cierto que el uso de cuestionarios autoinformados puede suponer un desafío, ya que requiere que la pregunta sea comprendida y se responda de forma imparcial (Mileviciute y Hartley, 2015).

En nuestra revisión de estudios nos encontramos con una representación de lo que puede suceder en la práctica clínica. En algunos casos los instrumentos aplicados no están adaptados ni validados en población con DI; es decir, se aplican instrumentos diseñados para adultos o niños de población general a personas con DI, o se adaptan estos cuestionarios para suplir las limitaciones cognitivas, pero no son validados. En ambos casos, la información psicométrica que pueden aportar a la evaluación de salud mental es cuanto menos dudosa. Esto no quiere decir que no existan instrumentos adaptados y validados, dos de las escalas más usadas para el diagnóstico de depresión y ansiedad en la literatura revisada son la Escala de Ansiedad de Glasgow para personas con DI (GAS-ID) (Mindham y Espie, 2003) y la Escala de Depresión de Glasgow para personas con DI (GDS-ID) (Cuthill, Espie y Cooper, 2003). Esta última, además, incluye otra escala para ser cumplimentada por los familiares. Mileviciute y Hartley (2015) analizaron la validez de estas escalas, poniendo de manifiesto que las tres eran capaces de diferenciar de forma significativa el grupo de personas deprimidas de las no deprimidas. Además de la adaptación de instrumentos estandarizados a población con DI, existen otros que, por su sencillez no requieren adaptaciones y que han sido validados tanto en población general como en personas con DI, como por ejemplo el Inventario de Síntomas Breve (BSI) y el Inventario de depresión de Beck (DSI-II).

En lo relativo a la intervención psicológica, la que posee mayor número de estudios y que es el tratamiento de elección para muchos problemas de salud mental en población general es la TCC (Felce et al., (2015). A pesar de la gran cantidad de estudios que evalúan su efectividad en población general, no ha sido hasta hace pocos años cuando se ha empezado a estudiar en población con DI. La TCC en adultos con DI puede presentar varias barreras, la más importante son las limitaciones cognitivas que pueden ver afectada la capacidad para distinguir entre pensamientos, sentimientos y comportamientos. Diversos estudios han demostrado que las personas con DI leve tienen la capacidad de distinguir entre pensamiento, sentimientos y comportamientos (Hassiotis et al., 2013), si bien es cierto que, en ocasiones, debido al grado de discapacidad, puede resultar una tarea complicada que requiere entrenamiento. Vereenooghe et al. (2016) elaboraron un programa de capacitación basado en el modelo ABC de la terapia racional emotiva de Ellis. Este programa se puede aplicar previo a la intervención a modo de entrenamiento o de forma simultánea. Se trata de tareas que

trabajan escenarios relacionados con la TCC y que ayudan a mejorar la capacidad para identificar pensamiento, sentimientos y comportamientos.

Con todo ello, Hartley et al. (2015), Lindsay et al. (2015) y McGillivray y Kershaw (2015) obtuvieron reducciones significativas en los niveles de ansiedad tras haber realizado una terapia cognitivo conductual. Cooney et al. (2017) consiguieron reducir los síntomas de ansiedad de forma significativa tras la aplicación de un programa de TCC informatizada, y aunque no de forma significativa, también obtuvieron resultados positivos con la depresión. Por otro lado, Hassiotis et al. (2013) no consiguieron reducciones estadísticamente significativas. Una de las claves para aplicar TCC de forma eficaz en personas con DI es examinar el nivel de comprensión y la capacidad de aplicar los principios de la TCC. Además de dicha evaluación, la TCC puede adaptarse mediante la simplificación del lenguaje, la realización de comprobaciones sobre la comprensión durante las sesiones, el uso de ejemplos de la vida diaria y el empleo de materiales audiovisuales. Autores como Idusohan-Moizer et al. (2015) y Leyin (2011) plantean que la realización de adaptaciones supone en mayor o menor medida una modificación de la intervención y por ello la base de la evidencia de la intervención puede ser cuestionada).

Con respecto a las terapias cognitivas basadas en ‘mindfulness’, como la llevada a cabo por Idusohan-Moizer et al. (2015), pueden suponer una ayuda para reconocer y observar pensamientos y sentimientos y tomar distancia de ellos consiguiendo así que afecten en menor medida sobre el estado de ánimo. Para que este tipo de terapia estuviera adaptada a personas con DI trataron de simplificar la información a través del uso de metáforas y analogías. La intervención se mostró eficaz en la reducción de síntomas depresivos y de ansiedad.

En los casos en los que las demandas cognitivas sean excesivas para las personas con DI, éstas podrían beneficiarse en mayor medida de intervenciones conductuales (McGillivray y Kershaw, 2015). Según esto, la activación conductual (AC) puede ser una alternativa. El componente principal de la AC es el aumento del nivel de actividad, que generalmente se encuentra bajo en las personas con DI. La ventaja de la AC es que es menos dependiente del nivel cognitivo de la persona, pero ello no quiere decir que estén libres de limitaciones. El principal problema con el que nos podemos encontrar, que no es exclusivo de la AC, es la motivación tanto con la terapia como en su posterior

mantenimiento. En muchas ocasiones la motivación de las personas con DI para participar en una terapia es escasa y se debe a que no reciben la suficiente información del porqué de la terapia (Pert et al., 2013; Vereenooghe et al., 2016). Asimismo, pueden presentarse dificultades en mantener el cambio conseguido durante la intervención. Jahoda et al. (2015) proponen realizar la AC a la persona con DI y a proveedores de apoyo naturales y profesionales de forma conjunta para conseguir cambios significativos. Estos autores resaltaron que este aspecto fue clave para lograr reducciones significativas de los síntomas depresivos. McGillivray y Kershaw (2015) afirman que la activación conductual es especialmente eficaz a corto plazo, produce resultados similares a los obtenidos por las TCC y pueden ser tan efectivas como los tratamientos farmacológicos.

En la misma línea, la actividad física ha sido reconocida como una estrategia eficaz en la reducción de la ansiedad y en la prevención de la aparición de síntomas y trastornos de ansiedad (Carro y Gobbi, 2012). Algunos autores comparan los resultados obtenidos con la TCC con la práctica de ejercicio físico, obteniendo efectos similares en ambos casos (Wipfli, Rethors y Landers, 2008). El estudio realizado por Carro y Gobbi (2012) contribuye a la idea de que la práctica de ejercicio físico en personas con DI reduce los síntomas de ansiedad y de depresión. Además, las prácticas de ejercicio grupal favorecen y mejoran las relaciones sociales.

Las técnicas de relajación han mostrado ser eficaces en población con DI en cuanto a la reducción de ansiedad relacionada con problemas y el tratamiento de ansiedad generalizada, resultados que confirmaron Bouvet y Coulet (2015) en su estudio donde observaron una reducción de la ansiedad con un tamaño del efecto grande.

Hasta ahora hemos mencionados dos barreras que pueden aparecer en la aplicación de psicoterapia en salud mental y que pueden afectar a los resultados: limitaciones cognitivas y baja motivación. La tercera limitación importante es de carácter interpersonal. No es raro que existan dificultades en el establecimiento de la alianza terapéutica en dos sentidos, que las limitaciones en la interacción social de las personas con DI impidan crear la alianza terapéutica, o que se cree una relación entre el terapeuta y el paciente que conduce a la dependencia en lugar de a la autonomía de la persona con DI (Vereenooghe et al., 2016). Cooney et al. (2017) han identificado como

un aspecto clave para la creación de una buena relación terapéutica la participación activa en la terapia tanto del terapeuta como del paciente. Se ha visto que las relaciones terapéuticas que se caracterizan por validez, empatía y comprensión tienen efectos positivos sobre la intervención (Pert et al., 2013).

Si nos fijamos en el tipo de intervención individual o grupal, estudios como el de Vereenooghe et al. (2016) han otorgado una mayor eficacia a las terapias individuales con respecto a las grupales en personas con DI. Analizando este aspecto en nuestra muestra de estudios observamos que, de forma general, los resultados de todas las intervenciones fueron positivos, consiguiendo en todos los casos una reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, pero en los casos en los que ésta reducción fue menor y no significativa fueron en intervenciones individuales. Este dato sigue la línea que pone manifiesto la necesidad de mayor investigación en intervenciones de salud mental en personas con DI.

Otro aspecto de la psicoterapia en población con DI que ya se ha introducido anteriormente es incorporar una persona significativa para el paciente en el proceso de tratamiento, como pueden ser familiares o proveedores de apoyo profesionales. La hipótesis que se propone es que hacer partícipes de la terapia a familiares y proveedores de apoyo profesionales ayuda a la consolidación del cambio postratamiento. Según la hipótesis planteada, los datos del seguimiento en aquellos estudios en los que se incorpora este componente debieran ser mejores que en aquellos estudios en los que los proveedores de apoyo no participaron. Si nos fijamos en la muestra analizada, y siendo tan solo una conclusión observacional, no se aprecia que exista esa tendencia, aunque sin duda este aspecto requiere de mayor análisis. Cabe destacar que la inclusión de proveedores de apoyo en las intervenciones, además de ser positivo para la eficacia de la terapia y para las personas con DI, puede presentar otras ventajas, como las observadas por Idusohan-Moizer et al. (2015) en las que los familiares acompañantes reportaron haberse beneficiado ellos mismos de la terapia.

Pert et al. (2013) llevaron a cabo un estudio cualitativo que evaluaba la terapia desde el punto de vista de las personas con DI. Encontraron que, de forma general, los participantes identificaron como útil y positivo hablar sobre sus problemas, y valoraban de forma positiva tener la oportunidad de confidencialidad y que esa persona fuera un terapeuta ajena a su círculo. Los participantes refirieron que durante el proceso

terapéutico se habían sentido cuidados y comprendidos, que sus problemas se tomaban en serio y habían sido tratados como un igual o como un adulto, ya que a menudo expresaban haber sido tratados como niños en otros contextos. Asimismo identificaron cambios positivos que atribuyeron al proceso terapéutico. La idea de confidencialidad y de que las personas involucradas en la terapia sean ajenas al círculo de la persona con DI va en contra de la idea de incorporar a cuidadores o familiares al proceso terapéutico. Esto enfatiza la necesidad de evaluar de forma individual cada caso con el fin de saber qué opción es la más beneficiosa, ya que en ambos casos existe evidencia a favor.

A lo largo del texto se han mencionado algunas limitaciones relacionadas con la evaluación y el diagnóstico de un trastorno depresivo o de ansiedad en personas con DI. También se ha hablado de la necesidad de una evaluación previa para la valoración de la comprensión y la capacidad de aplicar los principios de la terapia a las personas con DI. Ésta evaluación solo se realizó parcialmente en uno de los estudios, es decir, los miembros del personal realizaron una recomendación sobre los sujetos que podían participar en el estudio según la capacidad cognitiva y verbal, pero esta recomendación no fue el resultado de una evaluación formal.

Asimismo, hay que tener presentes las limitaciones metodológicas que se presentan en los estudios analizados. En primer lugar, el tamaño de la muestra suele ser pequeño. En segundo lugar, en algunos casos la asignación de grupo control o grupo tratamiento no fue totalmente aleatoria y en otros ni siquiera se incluyó el grupo control, lo que implica que los resultados obtenidos no puedan atribuirse exclusivamente a la aplicación de una intervención psicológica y puedan deberse a otros factores como, por ejemplo, la discusión de sentimientos, interacción social, o el hecho de reunirse de forma regular y formar parte de un grupo. Algo similar ocurre cuando la muestra del estudio toma medicación, pues los resultados obtenidos pueden deberse a dicha medicación y no a la aplicación de la intervención. No realizar una prueba de seguimiento tras finalizar el tratamiento es otra clara limitación, ya que impide ver si los cambios se mantuvieron a largo plazo. Al igual que sucede en la práctica clínica, donde los profesionales realizan las evaluaciones durante las primeras sesiones del tratamiento, en algunos estudios los psicólogos encargados de realizar el tratamiento fueron los mismo que anteriormente habían realizados las evaluaciones. En consecuencia, no fueron ciegos a las condiciones experimentales.



La existencia de esta gran cantidad de limitaciones en los estudios pone de relieve la complejidad del campo de estudio en el que se trabaja. Tanto es así que, más allá de las limitaciones de los estudios analizados, se observan otros problemas más generales en el estudio de la psicopatología de las personas con DI. El primero de ellos es que los estudios se centran siempre en adultos con DI leve o moderada, por lo que las posibles intervenciones en DI severa o profunda no reciben atención en la literatura científica y continúan siendo un colectivo olvidado y obviado. En segundo lugar, como ponen de manifiesto varios autores (Idusohan-Moizer et al., 2015; Jahoda et al., 2015), resulta necesario incorporar también medidas cualitativas, de esta forma la exploración de la efectividad y aceptabilidad de las intervenciones psicológicas sería más completa y permitiría una mejor comprensión sobre los componentes de la terapia que fueron más significativos y efectivos para lograr el cambio según los participantes. Ejemplo de ello es el estudio de Hassiotis et al. (2013), quienes realizaron una entrevista a los participantes tras la finalización del tratamiento en la que trataron temas como: la opinión de los participantes sobre la terapia, los cambios positivos tras la finalización de la terapia, los desafíos que habían surgido durante la terapia, la relación terapéutica, el papel del trabajador de apoyo, los materiales empleados para la TCC y otras sugerencias que quisieran hacer los participantes.

En conclusión, los resultados revelan la necesidad de una mayor investigación tanto de la evaluación como de la intervención psicológica en personas con diagnóstico dual de DI y problemas de salud mental. Puesto que los estudios indican que las personas con DI se benefician de la psicoterapia en la medida en que se superan las limitaciones relacionadas con los déficits en el nivel cognitivo y verbal, la baja motivación hacia la terapia y las dificultades relacionales que afectan a la alianza terapéutica, es importante el trabajo en la superación de estas limitaciones. Esto no ocurre solamente por la falta de adaptaciones en las intervenciones, sino también de una adecuada evaluación y elección de la intervención más apropiada para cada persona y problemática. Para ello es necesario una buena formación de los profesionales que trabajan en el ámbito de la DI, que no se puede conseguir si no existe literatura científica con adecuado respaldo empírico y con aplicaciones y prácticas basadas en la evidencia.

## Referencias

- Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. (2004). Towards unified treatment for emotional disorders. *Behaviour Therapy*, 35, 2006–2030.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford press.
- Bouvet, C. y Coulet, A. (2015). Relaxation therapy and anxiety, self-esteem, and emotional regulation among adults with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(3), 228-240.
- Brent, D. A. y Poling, K. (1997). *Cognitive therapy treatment manual for depressed and suicidal youth*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Health System Services for Teens at Risk.
- Carraro, A. y Gobbi, E. (2012). Effects of an exercise programme on anxiety in adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1221-1226.
- Carraro, A. y Gobbi, E. (2014). Exercise intervention to reduce depressive symptoms in adults with intellectual disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 119(1), 1-5.
- Chester, R., Chaplin, E., Tsakanikos, E., McCarthy, J., Bouras, N. y Craig, T. (2013). Gender differences in self-reported symptoms of depression and anxiety in adults with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7(4), 191-200.
- Cooney, P., Jackman, C., Coyle, D. y O'Reilly, G. (2017). Computerised cognitive-behavioural therapy for adults with intellectual disability: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), 1-8.
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-18.
- Cuthill, F. M., Espie, C. A. y Cooper, S. A. (2003). Development and psychometric properties of the Glasgow Depression Scale for people with a learning disability. *The British Journal of Psychiatry*, 182(4), 347-353.

- Dekker, M. C. y Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. II. Child and family predictors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 923–931.
- Felce, D., Cohen, D., Willner, P., Rose, J., Kroese, B., Rose, N. y Stimpson, A. (2015). Cognitive behavioural anger management intervention for people with intellectual disabilities: costs of intervention and impact on health and social care resource use. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(1), 68-81.
- Green, S. A., Berkovits, L. D. y Baker, B. L. (2015). Symptoms and development of anxiety in children with or without intellectual disability. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 137-144.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K. y Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 195-211.
- Guerra, B. O. (2012). Therapeutic groups for children with dual pathology: Down's syndrome and autistic traits in Fundació Catalana Síndrome de Down. *International Medical Review on Down Syndrome*, 16(3), 44-48.
- Hartley, S. L., Esbensen, A. J., Shalev, R., Vincent, L. B., Mihaila, I. y Bussanich, P. (2015). Cognitive behavioral therapy for depressed adults with mild intellectual disability: A Pilot Study. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 8(2), 72-97.
- Hassiotis, A., Serfaty, M., Azam, K., Strydom, A., Blizard, R., Romeo, R., ... y King, M. (2013). Manualised individual cognitive behavioural therapy for mood disorders in people with mild to moderate intellectual disability: a feasibility randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 186-195.
- Hermans, H., Beekman, A. T. y Evenhuis, H. M. (2014). Comparison of anxiety as reported by older people with intellectual disabilities and by older people with normal intelligence. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1391-1398.
- Hermans, H. y Evenhuis, H. M. (2013). 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(7), 691-699.

- Horovitz, M., Matson, J. L., Sipes, M., Shoemaker, M., Belva, B. y Bamburg, J. W. (2011). Incidence and trends in psychopathology symptoms over time in adults with severe to profound intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 685-692.
- Idusohan-Moizer, H., Sawicka, A., Dendle, J. y Albany, M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: an evaluation of the effectiveness of mindfulness in reducing symptoms of depression and anxiety. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(2), 93-104.
- Jahoda, A., Melville, C. A., Pert, C., Cooper, S. A., Lynn, H., Williams, C. y Davidson, C. (2015). A feasibility study of behavioural activation for depressive symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(11), 1010-1021.
- Kozlowski, A. M., Matson, J. L., Sipes, M., Hattier, M. A. y Bamburg, J. W. (2011). The relationship between psychopathology symptom clusters and the presence of comorbid psychopathology in individuals with severe to profound intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1610-1614.
- Leyin, A. (2011). Improving access to psychological therapies for people with learning disabilities. *Tizard Learning Disability Review*, 16(5), 29-37.
- Lindsay, W. R., Tinsley, S., Beail, N., Hastings, R. P., Jahoda, A., Taylor, J. L. y Hatton, C. (2015). A preliminary controlled trial of a trans-diagnostic programme for cognitive behaviour therapy with adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(4), 360-369.
- McGillivray, J. A. y Kershaw, M. (2015). Do we need both cognitive and behavioural components in interventions for depressed mood in people with mild intellectual disability? *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(2), 105-115.
- Mileviciute, I. y Hartley, S. L. (2015). Self-reported versus informant-reported depressive symptoms in adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(2), 158-169.

- Mindham, J. y Espie, C. A. (2003). Glasgow Anxiety Scale for people with an Intellectual Disability (GAS-ID): development and psychometric properties of a new measure for use with people with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 22-30.
- Maulick, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T. y Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 419–436.
- Pert, C., Jahoda, A., Stenfert Kroese, B., Trower, P., Dagnan, D. y Selkirk, M. (2013). Cognitive behavioural therapy from the perspective of clients with mild intellectual disabilities: a qualitative investigation of process issues. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(4), 359-369.
- Razza, N. J., Schwartz Dayan, L., Tomasulo, D. y Ballan, M. S. (2014). Intellectual disability and mental health: is psychology prepared? *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 8(6), 381-389.
- Reid, K. A., Smiley, E. y Cooper, S. A. (2011). Prevalence and associations of anxiety disorders in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(2), 172-181.
- Reiss, S., Levitan, G. W. y Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86(6), 567-574.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., ... y Shogren, K. A. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Sheehan, R., Hassiotis, A., Walters, K., Osborn, D., Strydom, A. y Horsfall, L. (2015). Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *The British Medical Journal*, 351, 1-9.
- Segal, Z., Williams, M. y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Behaviour Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse*. Nueva York: Guildford Press.

- Turygin, N. C., Matson, J. L., Adams, H. L. y Williams, L. W. (2014). Co-occurring disorder clusters in adults with mild and moderate intellectual disability in residential treatment settings. *Research in Developmental Disabilities, 35*(11), 3156-3161.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E. y Navas, P. (2013). Discapacidad e inclusión: derechos, apoyos y calidad de vida. En Verdugo, M. A. y Schalock, R. L. (Coords.), *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia* (pp. 17-42). Salamanca: Amarú.
- Vereenoghe L., Gega L., Reynolds S. y Langdon P. E. (2016). Using computers to teach people with intellectual disabilities to perform some of the tasks used within cognitive behavioural therapy: A randomised experiment. *Behaviour Research and Therapy, 76*, 13-23.
- Wieland, J., Haan, S. K. D. y Zitman, F. G. (2014). Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *The Canadian Journal of Psychiatry, 59*(4), 213-219.
- Wipfli, B., Rethorst, C. y Landers, D. (2008). The anxiolytic effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials and dose–response analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 30*, 392–410.