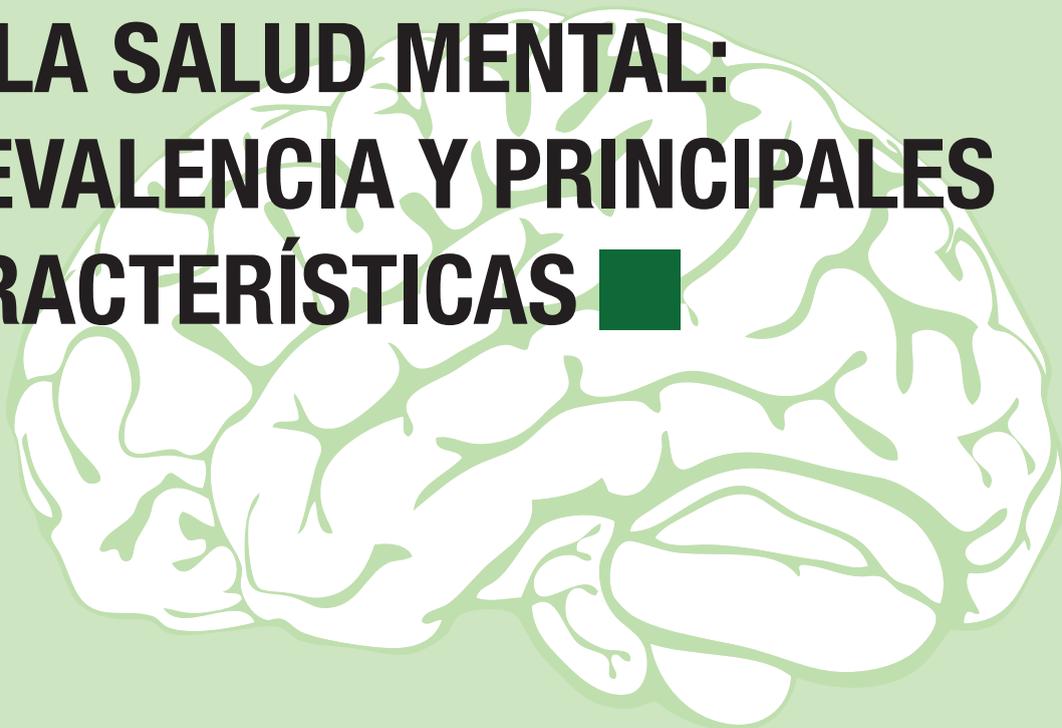


■ PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL: PREVALENCIA Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS ■



Universidad de Valladolid

 **Plena**
inclusión
Castilla y León

Autoría: Morentin, R. , Redondo, C., Arias, B. y Rodríguez, J.

Edita: Plena inclusión Castilla y León

Diseña: Segmento Gráfico

Impresión: Angelma

Valladolid, 2021

En esta época de pandemia en la que tanto hemos pensado en el bienestar emocional y físico queremos publicar este estudio que da luz sobre los problemas de salud mental de las personas con discapacidad intelectual. Los estudios científicos y pormenorizados cobran especialmente interés, en estos meses de saturación informativa sobre temas sanitarios, porque clarifican y sientan los cimientos de futuras metodologías en nuestro ámbito.

El compromiso de Plena inclusión Castilla y León con las personas con más necesidades de apoyo, en este caso, con las personas en las que la discapacidad intelectual convive con alteraciones de la salud mental, es firme, férreo y constituye uno de los elementos centrales en los que pivota la estrategia de esta Federación.

Las cifras que barajan diversos estudios de prevalencia, ponen de manifiesto que entre el 20 y 40% de las personas con discapacidad intelectual tienen alguna forma de trastorno mental y/o alteraciones de conducta. Por lo tanto, la atención a este colectivo se presenta como uno de los principales desafíos, no sólo para Plena inclusión Castilla y León sino para la sociedad en su conjunto, con los que nos encontramos en el presente más inmediato. Esta tarea nos exige innovación, repensar nuestra manera de hacer, investigar y explorar nuevos modelos de apoyo basados en la evidencia, conectar todas las claves, agentes y recursos poniéndolos al servicio de las personas. Porque, precisamente, la clave del éxito ha de tener siempre un nexo común que es poner en el centro a la persona con una clara orientación hacia la inclusión y los modelos comunitarios y cercanos al ciudadano (como ha demostrado la covid19).

En esta senda desde Plena inclusión Castilla y León hemos apostado por dar un paso más realizando un estudio que nos permita obtener una fotografía fidedigna sobre el estado de la cuestión porque uno de los principales obstáculos que debemos de vencer es la falta de conocimiento riguroso sobre esta realidad. Precisamente, una de las fortalezas por las que destaca este estudio es el análisis sistemático que se realiza combinando múltiples variables así como la amplia muestra que lo conforma, mas de mil seiscientas personas. No hemos encontrado un estudio actual basado en esta temática de magnitud similar.

Por otra parte, también me gustaría significar que este proyecto ha sido posible gracias a la colaboración de la Universidad de Valladolid y a la de todas las entidades socias de Plena inclusión Castilla y León, comprometidas con las personas con discapacidad intelectual y con los objetivos del estudio, sin cuya implicación y participación no hubiera sido posible su elaboración. Entidades, además, que llevan décadas apoyando a las personas y cuyo expertise debe sumarse a esta causa común para lograr afrontar con éxito el gran reto al que nos enfrentamos.

Durante mucho tiempo la realidad de las personas con discapacidad intelectual y alteraciones de conducta y/o salud mental ha estado teñida por las dificultades diagnósticas, el desconocimiento, el enmascaramiento de la situación, la falta de herramientas y los recursos para abordar cada una de las situaciones, entre otros. Pero soplan vientos a favor para pensar que los avances del conocimiento, la ciencia, las experiencias de éxito, la visión de las personas con discapacidad intelectual y alteraciones de conducta/salud mental están confluyendo para poder superar estas dificultades y lograr que cada persona con discapacidad intelectual y alteraciones de conducta/salud mental logre alcanzar su proyecto de vida.

Por último, no podemos obviar el necesario compromiso de la Administración Pública para alinear todas las estrategias y recursos al servicio de una visión común. Cada persona y su familia requerirán un plan de apoyos personalizado, un traje hecho a su medida en el que todos los agentes, cada uno en el desempeño de su rol, deberán realizar su aporte para que esto sea posible.

Sólo la implicación de todos, nos acercará cada día más hacia una plena inclusión.

Juan Pablo Torres Andrés
Presidente de Plena inclusión Castilla y León

■ ÍNDICE ■

AGRADECIMIENTOS	5
PRECISIONES EN TORNO AL USO DEL LENGUAJE	7
INTRODUCCIÓN	9
PRIMERA PARTE: REVISIÓN TEÓRICA	13
1. Discapacidad y discapacidad intelectual	14
1.1. Sistemas de clasificación de la discapacidad intelectual	14
1.2. Evolución y situación de la discapacidad intelectual	16
2. Enfermedad mental	17
2.1. Enfermedad mental en personas con discapacidad intelectual	18
3. Alteraciones o problemas graves de conducta	21
3.1. Criterios específicos para el diagnóstico de alteración grave de conducta	23
3.2. Sistemas clasificatorios de las alteraciones de conducta	24
3.3. Frecuencia con la que aparecen las alteraciones de conducta	25
3.4. Aparición de los trastornos de conducta en relación a los trastornos psiquiátricos	27
4. Intervención y tratamiento	28
4.1. Intervención farmacológica	29
4.2. Intervención psicológica	32
4.3. Intervención ecológica	33
SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO	37
1. Objetivos	38
2. Metodología	38
2.1. Participantes	38
2.1.1. Usuarios mayores de edad con discapacidad intelectual en las entidades participantes.	39
2.1.2. Usuarios mayores de edad con discapacidad intelectual que cumplen al menos un criterio de inclusión	40
2.1.3. Usuarios mayores de edad con discapacidad intelectual que cumplen algún criterio de inclusión y sobre los que se ha cumplimentado el cuestionario de prevalencia completo,	43
2.2. Instrumento	44

2.3. Diseño	46
2.4. Procedimiento	46
2.5. Análisis de datos	47
3. Resultados	48
3.1. Resultados de prevalencia	48
3.2. Resultados específicos de pcdi con alteraciones de salud mental	48
3.2.1. Descripción de la muestra. Características generales	50
3.2.2. Enfermedad mental diagnosticada, alteraciones graves de conducta y consumo de psicofármacos	76
3.2.2.1. Resultados descriptivos	77
3.2.2.2. Estimaciones poblacionales	78
3.2.2.3. Relación entre enfermedad mental, alteraciones graves de la conducta y consumo de psicofármacos	79
3.2.2.4. Relación entre cada criterio de inclusión y otras variables relacionadas	83
Criterio 1. Enfermedad mental diagnosticada	83
Criterio 2. Alteraciones graves de conducta	92
Criterio 3. Consumo de psicofármacos	103
3.2.3. Comunicación, redes sociales y participación	106
3.2.3.1. Comunicación	106
3.2.3.2. Redes sociales	107
3.2.3.3. Participación en actividades relevantes	108
3.2.4. Respuesta sanitaria y respuesta por parte del servicio	108
3.2.4.1. Respuesta sanitaria	109
3.2.4.2. Respuesta por parte del servicio social	115
TERCERA PARTE: CONCLUSIONES	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ABREVIATURAS	131

■ AGRADECIMIENTOS ■

ACOPEDIS (Salamanca). Dña. Estela Hernández García; Dña. Rosa Martínez García; Dña. Susana Torres Jiménez.

ASADEMA (Burgos). Dña. M^a Ángeles Valenciano Valderrama.

ASAMIMER (Burgos). Dña. Carmen Moreno Cerezo.

ASAMIS (Soria). Dña. M^a Luz Gadea Casas.

ASOCIACIÓN LAS CALZADAS. D. Daniel Ortega Moral.

ASPACE LEÓN (León). D. Manuel Rocandio Tocino y D. Nicolás Merino García.

ASPAR LA BESANA (Salamanca). Dña Carmen María Díez Campo.

ASPODEMI (Burgos). Dña Carmen Moreno Cerezo.

ASPRODES (Salamanca). Dña. Ángela Gómez Llorente, D. Emilio Miñambres Granado, Dña. Laura Arroyo San Segundo, Dña. Nuria Blázquez Campos, Dña. Mercedes Villanueva Martínez, D. Miguel Domínguez Abril, Dña. Nuria Vicente Sánchez, Dña. Paloma González-Besada López, Dña. Silvia Hernández Chamorro y Dña. Susana González Balsameda.

ASPRONA BIERZO (León). Dña. Eva Blanco Lago.

ASPRONA LEÓN (León). Dña. Alejandrina De Prado Marcos, Dña. Ana Álvarez Vizán, Dña. Margarita Álvarez Rabadán y Dña. Mercedes Carballido Noriega.

ASPROSUB BENAVENTE (Zamora). D. Luis Manuel López Castaño.

CENTRO PADRE ZEGRÍ (Valladolid). Dña. Miriam Anta Herrero.

CENTRO SAN JUAN DE DIOS (Valladolid). D. Hernán Alonso Dosouto, Dña Marta Campos López y Dña. Noemí Silva Ganso.

CENTRO VILLA SAN JOSÉ (Palencia). Dña. Sara Rejas Gimeno.

FUNDACIÓN ASPANIAS (Burgos). Dña. Celia Alonso Hernando, Dña. Esther Molinero López, D. Rodrigo Barquín Cuervo.

FUNDACIÓN PERSONAS (Palencia). Dña. Amelia Miguel Pinacho y Dña. Pilar Martín Santos.

FUNDACIÓN PERSONAS (Guardo-Palencia). Dña. Inmaculada González García.

FUNDACIÓN PERSONAS (Valladolid). Dña. Ana Ruiz-Zarco Lecanda, D. David Cabezón, D. Jose Manuel Rodríguez Mayoral, Dña. Mar Barquín San Martín, Dña. M^a Cruz Gato Alonso, Dña. M^a Pilar García Marcos, y Dña. Soraya Gutiérrez Martínez.

FUNDACIÓN PERSONAS (Zamora). Dña. Diana Falcón Julián y D. Isidro Deza Díez.

FUNDACIÓN SAN CEBRIÁN (Palencia). Dña. Begoña Roncero Bravo, D. Julio César del Río Martín, D. Jose Antonio de la Fuente Valencia, D. Miguel Ángel Juárez y D. Nice Ibáñez Bartolomé.

FUNDACIÓN SIMÓN RUIZ (Medina del Campo-Valladolid). Dña. Marta Domínguez Sánchez de las Matas.

INSOLAMIS (Salamanca). Dña. Laura Ruiz Pascua.

LA CASA GRANDE DE MARTIHERRERO (Ávila). D. Francisco Javier Martín Obregón.

PRONISA (Ávila). Dña Lucía González Jiménez y Dña Yolanda Minguélez.

■ PRECISIONES EN TORNO AL USO DEL LENGUAJE ■

Hoy en día se hace cada vez más necesario establecer un lenguaje homogéneo, normalizado, lo más universal posible respecto a las personas con discapacidad intelectual, ya que han sido denominados de múltiples formas, acabando todas ellas en un uso despectivo e hiriente (“disminuidos” o “deficientes” y “minusválidos”).

A fin de continuar con el avance hacia denominaciones menos peyorativas y más aceptadas por la población con discapacidad y siendo este término, el utilizado actualmente en la profesión médica, educativa, en la legislación pública, en grupos de influencia y por las propias personas con discapacidad, nos basamos en la utilización del término que Plena inclusión estableció el 23 de junio de 2017, a través de un posicionamiento sobre el uso y la forma de referirse a las personas con discapacidad intelectual a lo largo de la historia, destacando en la actualidad que son personas, “personas con discapacidad intelectual”.

Por ello, desde Plena inclusión Castilla y León, a lo largo del estudio, emplearemos el término “discapacidad intelectual” (utilizado siempre procedido de “persona con...”) para dirigirnos a aquellas personas con limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa manifestada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas (AAIDD, 2011).

Esta denominación, (a) refleja mejor el constructo modificado de discapacidad, (b) tiene una mejor alineación con las actuales prácticas profesionales centradas en la persona y factores contextuales, (c) el marco socioecológico de base proporciona una base lógica para la comprensión de la provisión de apoyos, (d) es menos ofensivo para las personas con discapacidad y (e) es más coherente con la terminología internacional.

La única ocasión en la que se traslada literalmente al texto, el término retraso mental, será en la citación literal de algún documento o libro de consulta en la bibliografía.

Asimismo, el término problemas de conducta en este contexto incluye términos como trastorno de conducta, alteraciones de conducta o conducta desafiante, utilizados de manera indistinta.

Además, con el objetivo de no hacer diferencias sexistas, facilitar la comprensión y evitar alargar el informe, hemos optado por el uso del masculino en aquellos términos que admiten ambos géneros y dónde no ha podido restringirse al genérico.

■ INTRODUCCIÓN ■

García Díaz, et al. (2002), escribían sobre los avances de nuestra sociedad en el ámbito de la discapacidad intelectual, donde transmitían la exigencia de acceder a nuevas líneas de investigación y adaptación, con el fin de mejorar los resultados obtenidos y de atender necesidades nuevas o que, hasta el momento, eran ignoradas o desconocidas. Es absolutamente necesario partir de la realidad del colectivo, de sus demandas y sus necesidades, con el fin último de llevar a cabo una correcta planificación de las necesidades, recursos y servicios a prestar a las personas con discapacidad.

Si nos centramos en las alteraciones de la salud mental, la Organización Mundial de la Salud nos recuerda que “una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida y que, tanto las enfermedades mentales como la discapacidad, vienen determinadas por la interacción de las particularidades biológicas y psicológicas propias del individuo con los factores medioambientales y sociales que les rodean”.

Según Moreno Bonilla (2012), sabemos que no todos los problemas de salud mental son discapacitantes, pero, en ocasiones, llegan a serlo por limitaciones y/o restricciones en la participación en diversas actividades. Actualmente, la enfermedad mental continúa presentando un grado de aceptación social mucho menor al de otras discapacidades de origen visual, auditivo, físico o funcional.

Una consideración expuesta hace ya diez años por Robert Fletcher (2010), es que las personas con discapacidad intelectual tienen entre dos y cuatro veces más posibilidades de desarrollar una enfermedad mental que el resto de la población. De hecho, al menos un tercio de las personas con discapacidad intelectual presentan trastornos mentales, trastornos de personalidad o problemas de conducta importantes que requieren atención sanitaria. El problema es que, con frecuencia, estas personas no reciben un tipo de atención sanitaria, ni un tratamiento y servicios adecuados. De hecho, muchas veces la detección ni siquiera es la adecuada.

Es más, actualmente, el primer determinante que observamos es la ausencia de diagnóstico psiquiátrico o que éste no es correcto o es impreciso. Esto puede deberse a la diversidad de circunstancias que presentan las personas con discapacidad, por ejemplo, la difícil comunicación o transmisión de síntomas cuando el nivel de actividad intelectual es reducido.

De esta manera, nos encontramos con un efecto conocido como “eclipsamiento diagnóstico”, como el que ocurre cuando por ejemplo, un diagnóstico de discapacidad intelectual enmascara otros trastornos mentales coexistentes.

Ya en 1980 se admitía que, en general, las personas con discapacidad intelectual no tenían capacidad cognitiva para experimentar problemas de salud mental y que sus trastornos de conducta eran atribuibles únicamente a su discapacidad. Esta confusión ha sido mantenida, fundamentalmente, por lo que se denomina el “**efecto eclipsador**” de la discapacidad intelectual, que impide ver que la discapacidad intelectual (DI) y la enfermedad mental (EM) pueden darse en una misma persona y que requieren atención sanitaria y social, a pesar de ser dos tipos de problemas diferentes (grupo de trabajo de Discapacidad Intelectual y Salud Mental del Servicio Andaluz, 2013).

Los orígenes de este término lo encontramos en Reiss et al. (1994) para hacer referencia, en un comienzo, al fenómeno por el cual algunos problemas emocionales que debilitaban a las

personas con discapacidad intelectual, parecían ser menos importantes de lo que en realidad eran. Desde hace años, numerosos estudios científicos consideraron la hipótesis de que la presencia de la discapacidad intelectual reducía la importancia diagnóstica de un problema conductual paralelo (Reiss et al., 1982; y Reiss & Skyszko, 1983). Esto es de considerable importancia para la persona con discapacidad intelectual, ya que el **eclipse diagnóstico** por parte de profesionales y cuidadores constituye un obstáculo adicional para que la persona pueda acceder a un tratamiento adecuado (Sally-ann et al. (2003)).

Es de especial importancia considerar que también la manifestación de síndromes puede presentarse a menudo como una serie de indicadores conductuales que pueden ser interpretados como un trastorno mental específico (Vallejo Ruiloba, 2006).

A medida que pasa el tiempo, han sido más autores los que han explicado o escrito sobre el **efecto eclipsador**, como la presidenta de la Real Asociación para la discapacidad y la rehabilitación (Royal Association for Disability and Rehabilitation) de Reino Unido, Liz Sayce, en un boletín de la Organización Mundial de la salud mental (abril, 2009): mayores necesidades y acceso limitado, para la que el “efecto eclipsador” es la asignación de síntomas o comportamientos por parte de los médicos a una persona sobre su trastorno mental, y la consiguiente subestimación o no reconocimiento del diagnóstico de la enfermedad física concomitante, lo que también pueden influir sus prejuicios o incluso su discriminación contra las personas con enfermedades mentales.

También Reyes Ballesteros Torres (2015) referiría que la discapacidad intelectual impide o dificulta ver la enfermedad mental. O como anota Bertrand Regader (2015), “el eclipse diagnóstico es el fenómeno por el cual, el problema de salud mental no es diagnosticado o no es preciso, ya que se tiende a atribuir cualquier cambio conductual o cognitivo a la condición de persona con discapacidad intelectual y no a un posible proceso patológico comórbido”.

Otras dificultades en esta misma línea, son los identificados en el Manual Diagnóstico de la DI (Fletcher et al. 2010), como por ejemplo, la dificultad para trasladar la información aportada por la persona evaluada, ya que una limitación leve de las habilidades cognitivas y verbales dificulta la articulación de conceptos abstractos o globales, como un estado de ánimo deprimido, o las diferencias sutiles entre estados emocionales o motivacionales, dificultad que se vuelve imposible en casos con limitaciones graves.

Otro factor a evaluar, dentro de esta problemática, es la tendencia de algunas personas con discapacidad intelectual a ocultar su propia discapacidad, bien por no ser muy comunicativos a la hora de describirse o, incluso, por la tendencia a intentar agradar a sus evaluadores con respuestas falsas o imprecisas. Además, los síntomas de determinados trastornos psiquiátricos se expresan de manera distinta en personas con discapacidad intelectual.

Por otro lado, la presencia de problemas de conducta graves o clínicamente significativos (agresión física o verbal a los demás y a uno mismo o destrucción de la propiedad) obliga a realizar una evaluación exhaustiva para el diagnóstico clínico que determine la influencia de enfermedades mentales coexistentes con tales alteraciones conductuales.

Estos problemas de conducta graves se presentan con gran frecuencia en personas con discapacidad intelectual y, en gran medida, desestabilizan la situación familiar de la persona o de su permanencia en centros en regímenes no restrictivos pudiendo precipitar el internamiento en una institución para personas con enfermedad mental o con discapacidad intelectual.

En definitiva, el Servicio Andaluz de Salud (2013) reitera palabras de Ramón Novell (2003; y 2011): que pese a la ausencia de datos científicos por falta de investigaciones que estudien la prevalencia de la enfermedad mental en personas con discapacidad intelectual y las dificultades para obtener información certera para un correcto diagnóstico, en la actualidad se acepta que se trata de personas probablemente más vulnerables al desarrollo de patología mental; es decir, los problemas de salud mental pueden afectar a las personas con discapacidad intelectual como a cualquier otra persona, aunque, las personas con discapacidad intelectual tienen una mayor vulnerabilidad que les condiciona y mayor probabilidad de padecer problemas de salud mental.

Por todo ello, mediante este estudio, pretendemos conocer más a fondo la realidad de la que partimos, con el fin último de que las personas con discapacidad intelectual que presentan además una enfermedad mental y/o problemas graves de conducta, alcancen los estándares de calidad de vida deseables, posibilitando el desarrollo de sus proyectos de vida.

Para ello, hemos de planificar de manera más concreta y eficaz las acciones y líneas de actuación, partiendo en primer lugar de los datos de prevalencia de las alteraciones de la salud mental en la discapacidad intelectual, así como el conocimiento de las necesidades de atención e intervención de este colectivo. Esta información nos permitirá solicitar y adaptar en mayor medida los recursos necesarios, organizar los apoyos precisos, dimensionar la realidad y justificar nuestras demandas y nuestras acciones.

El informe que presentamos a continuación está estructurado en tres partes: revisión teórica o análisis documental, estudio empírico basado en la realización del trabajo de campo y el análisis de resultados y discusión y conclusiones.

En la **primera parte** (revisión teórica o análisis documental) se define brevemente el contexto normativo que engloba nuestro estudio y se abordan los tres conceptos más importantes que guían el estudio: “**discapacidad intelectual**”, “enfermedad mental” y “alteraciones o problemas graves de conducta”, revisando los principales y más actuales estudios existentes, bibliografía general, fuentes secundarias, planes y estrategias, así como, **tratamientos e intervenciones**.

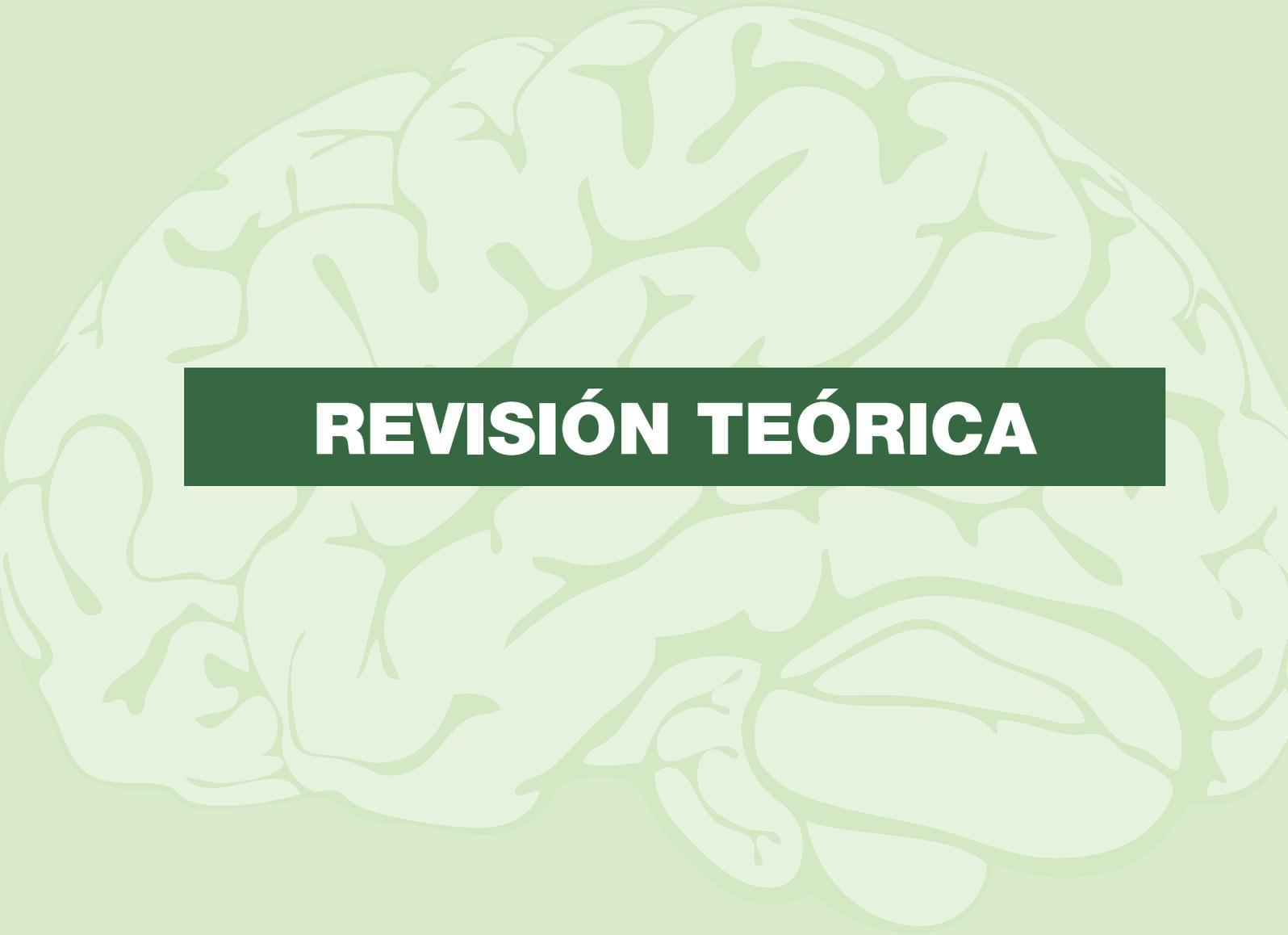
En la **segunda parte** presentamos el estudio empírico. Tras haber planteado los objetivos y definido el marco de trabajo del estudio, describimos el método seguido en la investigación:

- (a) Comenzamos por los participantes (la amplia muestra de este estudio es, sin duda, una de sus principales fortalezas).
- (b) Seguidamente, describimos el instrumento utilizado.
- (c) Diseño y selección de variables.
- (d) Procedimiento seguido.
- (e) Análisis de datos

A continuación, presentamos los principales resultados encontrados en el estudio diferenciando dos apartados: en primer lugar, los resultados de prevalencia (34% pcdi mayores de edad que cumplen al menos alguno de los criterios de inclusión en el estudio). En segundo lugar, los resultados obtenidos en la muestra de participantes identificados (diferenciándose cuatro apartados: características sociodemográficas, resultados de los diferentes criterios de inclusión, redes sociales y comunicación y, por último, respuesta sanitaria y social por parte del servicio).

Es importante resaltar que hoy en día sigue habiendo muchos problemas y dificultades para determinar hasta qué punto se extienden las alteraciones de la salud mental en personas con discapacidad intelectual. Por ello, Plena inclusión Castilla y León, quiere valorar esta realidad en su comunidad autónoma con el estudio expuesto a lo largo de este documento: ***Estudio de prevalencia y descripción de las principales características.***

I

A stylized, light green illustration of a human brain, showing the gyri and sulci, positioned in the center of the page. It is rendered in a simple, line-art style with a light green fill.

REVISIÓN TEÓRICA

A continuación, abordaremos los tres conceptos más importantes que guían nuestro estudio: discapacidad intelectual, enfermedad mental y alteraciones graves de conducta. Seguidamente, introduciremos algunas ideas sobre las principales vías de intervención y/o tratamiento.

1. DISCAPACIDAD Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Según la Organización Mundial de la Salud podemos considerar como discapacidad cualquier restricción o impedimento que una persona tiene para realizar una actividad con normalidad. Esta discapacidad, caracterizada por excesos o insuficiencias de una actividad rutinaria considerada normal, puede ser temporal o permanente, reversible o ser consecuencia directa de una deficiencia del individuo.

El grado de discapacidad sirve para definir de la forma más objetiva posible hasta qué punto la discapacidad (física, mental y sensitiva) afecta a la autonomía de una persona para poner a su disposición las herramientas y ayudas necesarias expresada en porcentaje, de acuerdo a los diferentes informes de las Comunidades Autónomas o el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (a través de diferentes instituciones asociadas). Responde a criterios técnicos unificados y fijados por la Administración Pública y en él se valoran tanto las discapacidades que presenta una persona como los factores sociales complementarios (entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural) que pueden dificultar su integración social. Se considera que hay discapacidad cuando una persona alcanza un grado igual o superior al 33%, momento en el que obtiene automáticamente su Certificado de Discapacidad.

Actualmente, hemos llegado a considerar que el entorno tiene mucho que decir en el marco de las personas con discapacidad intelectual, frente al concepto tradicionalmente intrínseco del que partíamos de que la discapacidad era una parte interna de la persona única y exclusivamente. El modelo médico rehabilitador, ha sido superado por un modelo más social, donde el foco se pone en la persona, en su proyecto de vida y en los apoyos que necesita para desarrollar una vida de calidad inclusiva en la comunidad y en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos.

En cuanto a la terminología y el lenguaje utilizado para referirnos a la discapacidad ha ido evolucionando. Los cambios acontecidos han repercutido en la actuación a la hora de considerar o proporcionar los diferentes apoyos a las personas con discapacidad intelectual. Actualmente, hay una total aceptación del término discapacidad intelectual (DI) como se ha subrayado en el apartado “Precisiones en torno al uso del lenguaje”

La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años. (AAIDD,2011).

1.1. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Aparentemente, la definición de discapacidad intelectual presenta pocas variaciones entre los sistemas internacionalmente aceptados. Así, lejos ya de la aceptación de términos peyorativos,

en la actualidad destacamos la existencia de cinco sistemas clasificatorios (entre los que existen claras correspondencias):

(a) Dos de ellos relacionados principalmente con el ámbito de la medicina y las enfermedades:

- DSM-V-TM (APA, 2014): Define la discapacidad intelectual, incluida dentro de los trastornos del desarrollo neurológico, (trastorno del desarrollo intelectual) como un “trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual y del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Los criterios a cumplir son: las deficiencias de las funciones intelectuales, (razonamiento, resolución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia), siempre confirmadas mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas. A continuación estarían las deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social.

Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad. Y finalmente, como último criterio, estaría el inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

En esta última publicación, al igual que en el DSM-IV-TR, se diferencian cuatro grados de gravedad de DI: límite o ligero (CI entre 50-55 y 70), moderado (CI entre 30-40 y 50-55), grave (CI entre 20-25 y 35-40) y profundo (CI inferior a 20-25) más una categoría no especificada al igual que en el DSM-IV-TR; a la que se añade en la nueva edición del DSM-V-TM, un diagnóstico de “retraso global del desarrollo” que se reserva para individuos menores de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia. Esta categoría se debe volver a valorar después de un período de tiempo.

- CIE-10 (OMS, 1992): incluye seis niveles de clasificación del retraso mental (F70 leve, F71 moderado, F71 grave, F73 profundo, F78 otros y F79 sin especificación) similares

(b) Otros dos más centrados en el funcionamiento de la persona y su interacción con el entorno (Morentin et al., 2008):

- CIF (OMS, 2001): se centra en el concepto de salud y los estados relacionados con la salud asociados a cualquier condición (i.e., no exclusivamente a personas con discapacidad).
- Undécima definición de retraso mental de AAIDD (2011): asume el cambio de paradigma que supuso la anterior edición (AAMR, 1992) y sigue haciendo hincapié en el paradigma de los apoyos, a la par que incluye una nueva dimensión a su modelo multidimensional e incluye las aportaciones y críticas que se han ido realizando en esos diez años. Así, se define el retraso mental como ‘una discapacidad intelectual caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años. (AAIDD,2011).

1.2. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La tasa de prevalencia de la DI ha ido variando a lo largo de la historia en función de las definiciones utilizadas, los métodos de evaluación empleados y la población estudiada. Según la APA (2000) se estimó en 1%. El cambio de criterios diagnósticos incorporando factores de adaptación, el desarrollo de técnicas de diagnóstico precoz y la mejora de las condiciones de vida, han hecho cambiar el porcentaje de la población con DI que la OMS en 2001 estimó en 1,5% de la población general de países con economía consolidada, siendo de un 4% en los países no desarrollados (Salvador y Rodríguez-Blázquez, 2001).

En cuanto a la incidencia de los factores predisponentes, el DSM-IV-TR (APA, 2000) señala que el 30%-40% de pcdi que acuden a centros asistenciales no tiene una etiología clara, en cuanto al resto, aparecen datos que el 50% de ellos es por causas hereditarias, en un 30% alteraciones tempranas del desarrollo embrionarios, el 10% problemas durante la gestación o perinatales, un 5% trastornos somáticos durante la niñez y en un **15-20% son debidos a la influencia del entorno y trastornos mentales**.

Según el Instituto Nacional de estadísticas en 2008, el número de personas con discapacidad alcanzó los 3,8 millones (8,5% de la población); más de 2,30 millones eran mujeres en edades superiores a los 45 años, frente a 1,55 millones de hombres, que es en los tramos de edad inferiores a 44 años donde las tasas de los varones superaban a las de las mujeres.

Además se observó que el mayor porcentaje de personas con discapacidad por comunidades autónomas eran Galicia (11,3%), Extremadura (11,0%) y Castilla y León (10,9%).

Se calcula que en España hay 3,2 millones de personas que presentan una o varias discapacidades (IMSERSO, 2017) de las cuales, Plena inclusión estima que, aproximadamente, un **1 por mil** de la población española tiene algún tipo de discapacidad intelectual o del desarrollo (<http://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/la-discapacidad-intelectual-en-cifras>).

En **2017**, según los datos recogidos por el IMSERSO en las comunidades autónomas, había en España un total de 273.418 personas con una discapacidad intelectual reconocida (con grado igual o superior al 33%). Esto supone un 8,6% del total de personas con discapacidad reconocida en España. En función de la edad, se distribuyen de la siguiente manera:

	De 0 a 17 años	Entre 18 y 34 años	Entre 35 y 64 años	Entre 65 y 79 años	Mayores de 80 años
Personas	50.110	74.765	123.917	18.846	5.780
Porcentaje	(18,33%)	(27,34%)	(45,32%)	(6,89%)	(1,6%)

Tabla 1. Datos del IMSERSO del número de personas con discapacidad

En Castilla y León, según los datos de diciembre de 2016, 169.637 personas (81.705 mujeres y 87.932 hombres) tienen algún grado de discapacidad igual o superior al 33%; de ellas, 19.570 personas presentan discapacidad intelectual en nuestra Comunidad Autónoma (11,54%), distribuyéndose en ámbito urbano 9.711 de ellas y en zonas rurales 9.859 (Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad (2016).

Del total de 19.570 pcdi, 17.399 son mayores de edad. Los grupos de edad de las personas con discapacidad intelectual en Castilla y León, se distribuyen de la siguiente manera:

	Menores de edad	Entre 18 y 29	Entre 30 y 44	Entre 45 y 60	Entre 61 y 65	Entre 66 y 79	Más de 80
Personas	2.171	2.752	4.890	5.561	1.314	2.140	742

Tabla 2. Datos del número de personas en Castilla y León con discapacidad

Además de los datos de Castilla y León, merece la pena destacar el proyecto reciente publicado sobre indicadores de salud en personas con discapacidad intelectual (Martínez R. julio 2016), **es el Proyecto POMONA-España** presentado por **Plena inclusión**. Estudio realizado sobre una amplia y diversa muestra de 943 participantes con discapacidad intelectual.

Uno de los resultados más sorprendentes de este proyecto, referenciando las cifras antes expuestas sobre discapacidad, se basa por un lado, en el origen del diagnóstico de la discapacidad intelectual, dado que en un alto porcentaje (un 60%) se desconoce el origen de dicha discapacidad, mientras que por otro lado, el diagnóstico se ha visto realizado en base únicamente a una impresión clínica (un 34,6%), frente a la realización de pruebas estandarizadas y certificados de minusvalía (un 20%).

2. ENFERMEDAD MENTAL

En general, tener buena salud mental significa encontrar un equilibrio en todos los aspectos de la vida: física, mental, emocional y espiritual. Es la habilidad de poder gozar de la vida y a la vez de enfrentar los desafíos diarios - ya sea tomando decisiones, adaptándose a situaciones difíciles o dialogando acerca de nuestras necesidades y deseos. Es una sensación de bienestar y la creencia subyacente de la dignidad y valía de uno mismo y de los demás, tal como plantea la Consejería de Asuntos Sociales de Madrid en su Guía Práctica de DI y Salud Mental (2011).

Siendo muy complejo definir la enfermedad mental, debido a la cantidad de trastornos psicológicos identificados en los últimos años y que los criterios varían a medida que avanza el tiempo, podemos tomar como referencia la definición de enfermedad mental del DSM-V-TM (2014), que indica que “un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” o la que se define como una “alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo” (Web oficial de Confederación de Salud Mental. www.consaludmental.org).

La Confederación de Salud Mental en su Guía de Estilo de 2019, reconoce que las enfermedades mentales siguen siendo, significativa y socialmente poco conocidas, a pesar de que en España, la cifra de personas que tienen una enfermedad mental grave, superaba ya el millón (2,5 y 3%). Esta guía va más allá, aportando cifras a nivel mundial entre las que destaca el dato de que una de cada cuatro personas (25% de la población) tendrá un trastorno mental a lo largo de su vida. A nivel nacional, el 9% de la población padece algún tipo de trastorno mental (grave o leve) y el 25% lo tendrá a lo largo de su vida.

Un alto porcentaje de las pcdi presentan además de los problemas físicos y psicosociales asociados, sintomatología psiquiátrica y problemas de conducta que constituyen el principal obstáculo para su integración y desarrollo social y cultural, dificultando las posibilidades de aprendizaje, trabajo o convivencia, aumentando su aislamiento e incluso generando riesgo para el propio sujeto o su entorno (Salvador y Rodríguez-Blázquez, 2001; Verdugo y Gutiérrez-Bermejo, 2003).

2.1. ENFERMEDAD MENTAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Antiguamente, no se concebía que las pcdi pudiesen presentar trastornos psicológicos, considerando éstos como un aspecto más de la conducta de las pcdi, atribuyéndose a su daño intelectual (Vallejo Ruiloba, J. (2006). Así pues, se daba el fenómeno del eclipse diagnóstico (Reis y Szyszko, 1982, citado en Verdugo y Gutiérrez-Bermejo, 2003).

La enfermedad mental en personas con discapacidad intelectual se contempla bajo el concepto **trastorno dual** que de aquí en adelante, se mencionará a lo largo del informe como el doble diagnóstico resultante de la DI y un trastorno mental y/o alteraciones de conducta.

Ya desde 2003, con Novell et al. y Verdugo y Gutiérrez-Bermejo en el mismo año, se aceptó que las pcdi pueden padecer las mismas enfermedades mentales que las personas sin discapacidad (Smiley, 2005); e incluso presentar un mayor riesgo de psicopatología e inadaptación (Borthwick-Duffy, 1994, Hemmings y cols., 2006; Linaker, 1994; Moss y cols., 2000; Rush y cols, 2004, Tenneij y Koot, 2008). Entre la patología identificada en este colectivo se ha documentado la presencia de todos los trastornos psiquiátricos existentes en la población estándar, aunque con distintas tasas y sintomatología dependiendo del grado de discapacidad intelectual; en 2003, Novell estimaba la prevalencia entre 3 y 4 veces mayor que la observada en la población general, especialmente cuando la discapacidad es muy significativa. (Novell, Quillet y Carulla, 2003).

Estudios epidemiológicos, junto con el consenso entre expertos, indican que las pcdi son más vulnerables a presentar algún trastorno mental (emocionales o psiquiátricos) que la población en general (Eaton y Menoslacino, 1982; Koller et al., 1983; Rutter et al., 1976; [citados en Verdugo y Gutiérrez-Bermejo, 2003]).

Por ejemplo, Rojahn y cols., (2004) encontraron asociaciones entre problemas de conducta y determinadas condiciones psiquiátricas en personas con DI. Concretamente, personas que mostraban conductas autolesivas, estereotipias o conductas destructivas/agresivas obtuvieron puntuaciones más elevadas en psicopatología que quienes no presentaban dichas conductas. Además la autolesión y la conducta destructiva/agresiva se asociaba a problemas de conducta y de control de impulsos, y la conducta estereotipada se relacionaba con trastornos severos del desarrollo, labilidad emocional y, en menor grado, con la esquizofrenia.

La identificación y correcto diagnóstico de los problemas de salud mental en las personas con discapacidad ha sido y sigue siendo compleja. La dificultad deriva en que las personas con discapacidad a menudo no reconocen sus propios síntomas, no pueden informar de ellos, o incluso tienen miedo de expresar lo que sienten.

Según Novell (2003) los porcentajes de trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual, son extremadamente variados, oscilando entre el 10 y el 50% de los casos. **Esta**

disparidad se debía a problemas metodológicos, gravedad de la discapacidad intelectual, representatividad de las muestras, uso de instrumentos estandarizados, categorías y los sistemas de diagnósticos considerados en el análisis. Para saber el número de casos en los que se encontraban dificultades para identificar problemas de salud en personas con discapacidad intelectual, se llevaron a cabo algunos estudios en nuestro país, realizados en centros ocupacionales, donde se evidenció una tasa de entre el **20 y 35%**.

Sin embargo, si continuamos revisando algunos estudios de prevalencia de los últimos años, se observa que algunos estudios muestran datos de prevalencia de 10,8% y otros del 79,8%, lo que hace reflexionar por qué se observan tasas de prevalencia tan dispares.

ESTUDIO	N	PREVALENCIA %
Melonascino (1989)	351	30%
Iverson & Fox (1989)	165	36% (total); 55% (DL); 32% (DM); 26% (DS/P)
Borthwick-Duffy & Eyman (1990)	78603	10% (total); 16% (DL); 9% (DM); 5% (DS); 6% (DP)
Malone (1991)	268	14-67%
Meltzer et al. (1995)	10108	16% (CIE-10)
Cooper (1997)	73	23,4% (PPS-LD)
Roy et al. (1997)	127	33% (PAS ADD)
Deb et al. (2001)	90	14,4% (ICD-10)
Holden et al. (2001)	165	75,2% (ICD 10)
Holden et al. (2003)	154	9% (DL); 26% (DM); 5 (DS); 22 (DP)
White et al. (2005)	563	23,3% (others)
Bailey (2007)	121	57% (DC-LD)
Hove & Havik (2008)	593	34,9% (DC-LD)
Morgan et al. (2008)	354	31,7% (D. Dual) 4.2% Esquizofrenia
Martorell et al. (2009)	177	38% (ICD-10)
Tsiouris et al. (2011)	4.069	59% (DSM-IV-TR)
Dias et al. (2013)	115	37,2% (others)
Turygin et al. (2014)	101	72,3% (others)
Wieland et al. (2014)	387	79,8% (DSM-IV-TR)
Schültzwohl et al. (2016)	371	10,8% (PAS-ADD)
Axmon et al. (2017)	7.936	17%

Tabla 3_ Datos estudio de prevalencia (1989-2017). Arias B. et al (2018) "Problemas de salud mental en adultos con discapacidad intelectual". X Jornadas científicas internacionales de investigación sobre discapacidad. INICO.

El hecho de que las tasas de prevalencia no sean coincidentes en estos estudios probablemente se deba a que en algunos de ellos se excluyen los trastornos de personalidad, los trastornos del espectro autista, los TDAH y en otros se incluyen.

A su vez, puede ser que las muestras utilizadas estén sesgadas en la mayoría de los casos, como cuando se utiliza solamente población clínica o institucionalizada o población de muestras muy pequeñas o tener dificultad deficitaria de atención por la DI en el nivel ligero o límite.

Destacando el estudio de Salvador-Carulla et al. (2007), en el que realizaron un informe técnico sobre trastornos mentales y problemas del comportamiento en las pcdi en España, calcularon que aproximadamente **un tercio de las personas con DI presenta trastornos mentales**. De hecho, en España aproximadamente en ese momento 82.000 personas con DI también presentaban trastornos mentales y/o trastornos de conducta. Sin embargo, la cobertura de servicios no alcanzaba el 5% de esta población.

A raíz de un **informe del Servicio Andaluz de Salud** y sus datos Autonómicos (2013), se han realizado algunas extrapolaciones en las que se estima que al menos un 25% de las personas con DI leve o moderada en el medio comunitario y en contacto con el sistema social y/o sanitario requerirán atención por problemas de salud mental (aproximadamente 85.250 personas en España) debido a sus problemas de enfermedad mental y/o de trastorno conductual.

El **Proyecto POMONA-España** (Martínez R. julio, 2016) subraya el importante número de personas con trastorno mental asociado a la discapacidad intelectual (29% en centros de atención general y 75% en ámbitos especializados de salud mental). De estas cifras, más de un 20% con trastornos de conducta.

El colectivo de personas con discapacidad ha constituido un eje de actuación prioritario en las políticas sociales desarrolladas en los últimos años. Para la evaluación de dichos planes de actuación se hace necesario disponer de datos que permitan contrastar la eficacia de los mismos, así como conocer de forma actualizada la situación del colectivo de personas con discapacidad.

En nuestro país existen diversos datos estadísticos sobre discapacidad, sin embargo hay muy pocos documentos de investigación en el ámbito de la discapacidad intelectual y enfermedades mentales asociadas, y los que existen hasta la fecha, difícilmente determinan el número de personas con DI y EM, como bien refleja el Servicio Andaluz de Salud en un informe del 2013. Los estudios epidemiológicos, que miden las tasas de prevalencia y los factores asociados con los problemas de salud mental en personas adultas con discapacidad intelectual, han determinado resultados muy diferentes y a veces contradictorios, principalmente debido a problemas metodológicos.

Según la “Guía Práctica para técnicos y cuidadores” (Novell et al. 2003) y otros estudios colidantes (Rodríguez-Sacristán y Buceta, 1998; Salvador y Rodríguez-Blázquez, 2001; Verdugo y Gutiérrez-Bermejo, 2003) se recogen los trastornos expuestos a continuación:

1. Los **trastornos psicóticos** en las pcdi, según Vallejo Ruiloba. J. (2006), parece haber una prevalencia del 75-85% y la **esquizofrenia**, es más frecuente en adultos con DI (1,3 a 3,7%) que en la población en general (0,5 a 1%).
2. **Trastornos del estado de ánimo**: La evidencia de **trastornos depresivos** en adultos con DI, se sitúa entre el 1,3 y el 4,6% (Novell et al. 2003). La prevalencia estimada por Reiss en 1990 comprende entre el 3 y el 6%. El diagnóstico aumenta en pcdi grave y pro-

fundo (Vallejo Ruiloba, J. 2006). El **episodio maniaco** (hipomanía y manía se han descrito cambios cíclicos en la conducta y el humor en un 4% de los sujetos con DI. El trastorno de ciclación rápida (más de 4 episodios en 12 meses) parece ser más común en la DI.

3. La frecuencia de **trastornos de ansiedad** en personas con DI es similar a la población general.
4. En la población general la prevalencia del **trastorno obsesivo-compulsivo** es del 1%, mientras que en pcdi es de entre el 1 y el 3,6%. Es de difícil diagnóstico en pcdi, debido a su dificultad para describir pensamiento e ideas persistentes e irracionalidad de las compulsiones.
5. Los **trastornos del sueño** no suelen ser evaluados en pcdi a no ser que repercutan sobre otros.
6. Los estudios efectuados hasta ahora, indican una tasa de **trastornos de personalidad** superior en la DI (de hasta el 27%) frente a la de la población general (entre el 10-13%).
7. Trastornos relacionados con el **deterioro de funciones cognitivas**: la demencia presenta una frecuencia significativamente mayor en la DI que en la población general (2% entre los sujetos de 65-70 años y supera el 20% en ancianos por encima de los 80 años). En sujetos con DI se señalaron en 2006, tasas entre el 11-14% en sujetos por encima de los 50 años y el 20% después de los 65. Se muestran cifras del 65% de diagnóstico de demencia tipo Alzheimer en personas con síndrome de Down de más de 60 años (Vallejo Ruiloba, 2006).
8. **Trastornos confusionales**: Según Ruiz y Mateos, del Hospital Universitario Central de Oviedo (sin fecha) son trastornos transitorios. El pronóstico, y la mortalidad son directamente proporcionales a la gravedad de las patologías subyacentes y el tratamiento oportuno de las mismas. Estos trastornos están aún infradiagnosticados, posiblemente infravalorados (de este modo, no estudiados en profundidad) y, con frecuencia, incorrectamente tratados.
9. **Trastornos asociados al consumo de tóxicos**: la mayoría de los estudios coinciden en señalar una mayor probabilidad de abuso y dependencia de tóxicos en este grupo de población. Se observaba, que la prevalencia de estos era mayor cuanto mayor fuera el grado de integración y el nivel de autonomía del sujeto y cuanto mayor es el nivel del CI del sujeto.

Hoy en día, es necesario actualizar estas cifras, concretando los datos expuestos sobre **enfermedad mental, dentro del colectivo de personas con discapacidad intelectual**. Nuestro estudio visiona la situación real en la comunidad autónoma de Castilla y León, en las entidades federadas a Plena inclusión Castilla y León.

3. ALTERACIONES O PROBLEMAS GRAVES DE CONDUCTA

Los problemas de conducta también son denominados alteraciones de conducta o conductas desafiantes. Con demasiada ligereza consideramos como enfermedad mental muchas conductas que son el resultado de factores ajenos a trastornos psicopatológicos o a la inversa, sin tener en cuenta que algunas conductas pueden ser la expresión de un trastorno mental.

De hecho, en muchas ocasiones, estos trastornos se muestran en forma de comportamientos desafiantes (Novell, Rueda y Salvador, 2003) que pueden incrementar las necesidades de apoyo a la personas.

No es del todo apropiado hablar de conductas disruptivas, desajustadas, inadecuadas o perturbadoras, aunque el comportamiento problemático sugiera todas estas expresiones. Estos cambios de denominación son consecuencia del trabajo de profesionales que han optado por buscar un término más descriptivo y menos descalificador (Canal y Martín, 1999), que refleje el carácter funcional de los problemas de comportamiento. Las conductas problemáticas generalmente, son adaptativas, tienen una función para quién las muestra, lo que explica su elevada estabilidad y frecuencia (Carr y cols. 1996).

Por ello, es importante diferenciar algunos conceptos como conducta desafiante, problemas de conducta y/o alteraciones de conducta debido a los cambios terminológicos.

La **conducta desafiante** refiere según la definición más aceptada (Emerson, 2011), aquella “conducta de una intensidad tal que sale del contexto cultural, que tiene una frecuencia o duración que puede afectar a la seguridad física de la persona o de quienes la rodean, o que es probable que limite el uso de las oportunidades normales que ofrece la comunidad, o incluso se le niegue el acceso a esas oportunidades”.

Este término, aunque no es del todo inapropiado, debe ser explicado para que se entienda y evitar que se considere que el problema es del individuo (“una persona desafía a los demás con su conducta”) y no del entorno (Martín Cilleros, M^aV. (2009)).

Por otro lado, cuando hablamos de **problemas graves de conducta** nos referimos a todo un abanico de comportamientos problemáticos que pueden variar en forma e intensidad, como es el caso de las auto y agresiones, destrucción de objetos... (Canal y Martín, 1999).

Según Rodríguez y De Pablo-Blanco (2004), se entienden por **alteraciones de conducta**, “aquellos comportamientos aprendidos e inadecuados, referidos a situaciones de entorno que por sus parámetros, intensidad, frecuencia y duración y en función de su impacto sobre el individuo y la sociedad, conllevan una restricción significativa en su participación social o comprometen su propia integridad o la de los demás”.

Otras veces, las alteraciones comportamentales se consideran como signo o síntoma de un trastorno psicopatológico si se producen dentro de un patrón general de síntomas descritos como un trastorno psiquiátrico en los manuales de clasificación diagnóstica y si ese trastorno ha provocado un deterioro significativo en las habilidades y conducta del sujeto. Asimismo, las alteraciones de conducta pueden representar un síntoma de un trastorno médico, la forma de expresión de la pcdid, especialmente con DI graves o severas (Carr et al., 1999 y Horner, 2000) o una manifestación de un fenotipo comportamental, es decir, patrones conductuales específicos de determinados síndromes.

Como establecen G^a Gutierrez, Ruiz Gutierrez y Salvador Carulla (2010), algunas conductas de personas con DI, como autolesiones, agresividad física, destrucción de la propiedad, pica y otros episodios de conducta disruptiva se consideran **problemas de conducta** en el entorno

social por su: frecuencia, gravedad (potencial de daño físico o psicológico para la persona, los demás y la propiedad) y duración en el tiempo.

A lo largo del informe, se utilizarán los términos problemas de conducta, y/o alteraciones de conducta de manera indistinta, para referirnos a todos aquellos comportamientos problemáticos de variable frecuencia, forma e intensidad que presentan las pcdid evaluadas en el presente estudio, tratando de evitar que el problema se centre en la persona y sea exclusivo de ésta, sino que tiene que ver también con cómo los demás la perciben, toleran o tratan dicha conducta.

La conducta problema alude a un comportamiento que constituye un reto para los servicios de apoyo y destaca la necesidad de modificar la prestación de apoyos para superar la dificultad comportamental y lograr que la persona alcance una vida satisfactoria comunitaria.

Uno de los retos más importantes tiene lugar cuando la persona con discapacidad presenta problemas de conducta graves. En el caso de una pcdi, su grado de DI es una característica suficientemente sobresaliente como para que no se tenga en cuenta cualquier otra condición a la hora de explicar su conducta.

Estas conductas, aunque en ocasiones no sean muy graves, ni supongan una amenaza para la vida propia o ajena, interfieren en la calidad de vida del individuo y de quienes conviven con él, ya que impiden o dificultan su integración en contextos comunitarios (Jackobson, 1982). Afectan también a la vida cotidiana dentro de la familia (Cole y Meyer, 1989), al acceso al empleo (Hayes, 1987) y a la integración en programas educativos (Kerr y Nelson, 1989). Además, es más probable que estas personas reciban una intervención psicofarmacológica (Godow y Poling, 1988), independientemente de que tengan diagnosticado o no un trastorno mental.

3.1. CRITERIOS ESPECÍFICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ALTERACIÓN GRAVE DE CONDUCTA

Los criterios específicos para que la conducta sea diagnosticada como una conducta problema o trastorno de conducta en la discapacidad intelectual dependerá de:

Autores de DC-LD (Royal College of Psychiatrics, 2001)	Novell, R. et all (2003). Salud Mental y alteraciones de la conducta en PCDID
Frecuencia, gravedad o duración sea lo suficientemente importante como para requerir de evaluación médica e intervención o apoyo especial	Ocurre al menos una vez al día
Que el problema de conducta no sea consecuencia directa de otro trastorno psiquiátrico, de la medicación o de una enfermedad física	Requieren normalmente la intervención física de uno o más miembros del personal

Autores de DC-LD (Royal College of Psychiatric, 2001)	Novell, R. et all (2003). Salud Mental y alteraciones de la conducta en PCDID
Presente un impacto considerable en la calidad de vida de la persona o de los demás	Impide a la persona tomar parte en programas o actividades adecuadas para su nivel de habilidades.
Suponga riesgos importante para la salud y/o la seguridad de la persona o de los demás	Frecuentemente determinan lesiones que requieren tratamiento hospitalario
Sea persistente y dominante	

Tabla 4_ Criterios para el diagnóstico de alteraciones graves de conducta

- (a) Salvador Carulla et al. (2010). Directrices y principios para la práctica: evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para pcdi y problemas de conducta.
 (b) Novell at al. (2003). Salud mental y alteraciones de la conducta de pcdi. Guía práctica para técnicos y cuidadores.

Por tanto, para que una determinada conducta sea considerada problemática, va a depender de una compleja interrelación entre lo que la persona hace (amplia gama de experiencias sociales, educativas, vocacionales y recreativas), el lugar en que lo hace y cómo se interpreta o qué significado se le da a lo que hace.

3.2. SISTEMAS CLASIFICATORIOS DE LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA

Evidentemente, el rango de conductas potencialmente “no estándar” es enorme y resulta necesario delimitarlas en función de su impacto sobre el individuo y la sociedad.

- El sistema ICAP (Inventario para la planificación de servicios y programación individual, 1993) codifica ocho tipos de conducta patológica (comportamiento autolesivo o daño a sí mismo, heteroagresividad o daño a otros, destrucción de objetos, conducta disruptiva, estereotipias, conducta social ofensiva, retraimiento o falta de atención y conductas no colaboradoras) para analizar las diversas alteraciones de conductas de las pcdi. Es el que hemos utilizado en nuestro estudio debido a su amplia aplicación en los centros y servicios de las entidades sociales, a pesar de no ser un instrumento específico para medir problemas de conducta. (clasificación seguida por Salvador y Rodríguez-Blázquez, 2001; Verdugo y Gutiérrez-Bermejo, 2003. [citado en Vallejo Ruiloba, J. (2006)].
- El DC-LD (diagnóstico psiquiátrico, discapacidad intelectual y criterios de diagnóstico para trastornos psiquiátricos en adultos con discapacidad de aprendizaje / retraso mental, 2001), los clasifica en diez subtipos en el nivel D (agresividad verbal, agresividad física, conducta disruptiva, conducta autolesiva, conducta sexual inapropiada, conducta oposicional, conducta de demanda, deambulación, problemas conductuales mixtos y otros problemas de conducta).

Los trastornos de comportamiento que presentan las personas con discapacidad intelectual, son frecuentemente los responsables de sus dificultades de adaptación al entorno. Son de índole muy variada y de difícil clasificación (Vallejo Ruiloba, 2006).

3.3. FRECUENCIA CON LA QUE APARECEN LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA

Emerson et al (1999) fijaban una tasa de prevalencia de problemas de conducta en pcidi entre el 10 y el 60%, sin embargo, en ningún caso puede limitarse a un único diagnóstico psiquiátrico (Tisiouris, 2001; Tisiouris et al. 2003; Pary, 2005; Hemmings, 2007). En general se considera el problema de conducta como resultado de una interacción negativa entre la persona y su entorno.

Autores como Salvador y Rodríguez-Blázquez (2001) comentan que entre un 25 y un 59% de los adultos con DI presenta algún tipo de problema conductual.

Las tasas de problemas de conducta muestran una amplia variación según los estudios (5-60%). Emerson y cols. (1999) señalan que entre el 10 – 15% de las pcidi que utilizan servicios educativos, sociales o sanitarios presentan alteraciones de conducta.

Plena inclusión Galicia señaló en un informe del Dr. Jarabo Martín (s.d.) que entre un 10 y 25% de pcidid presentan alteraciones de conducta.

De acuerdo con Emerson, las alteraciones conductuales más frecuentes son los comportamientos limitadores de la actividad y la participación, las de tipo disocial (9-12%), agresión (7%), comportamiento destructivo (4-5%) y autolesiones (4%).

En investigaciones anteriores en las que se atendía a las diferentes topografías de conducta problema de manera específica, se mostraban datos de prevalencia muy variados:

1. Algunos estudios en la década de los 90, situaban la conducta autolesiva con una prevalencia entre 1,7% (Rojahn, 1986) y un 54% (Mulick, Dura, Rasnake y Callahan, 1988), reduciendo este enorme intervalo porcentual en el 2002, entre un 2 y 13% de las pcidi presentaban conductas autolesivas, siendo más frecuentes en varones, con un nivel de discapacidad grave y en personas con autismo (“Salud Mental en el retraso mental”. Asociación Mundial de Psiquiatría en 2002).

Wisely y cols. (2002) generalizan que la conducta autolesiva en contextos no institucionalizados se sitúa entre el 4% y el 10%, mientras que en el contexto institucional asciende entre un 10% y un 22%, lo que puede justificarse porque la manifestación de la conducta autolesiva incrementa la probabilidad de admisión institucional.

Cooper y cols (2009) encuentran una prevalencia del 4,9% de conductas autolesivas en una muestra de 1.023 mayores de edad con DI que viven en comunidad y reciben algún tipo de prestación o apoyo.

2. Las estereotipias o **conductas estereotipadas** forman parte de la tríada de síntomas que caracteriza a los trastornos generalizados del desarrollo. Así, de acuerdo a la American Psychiatric Association (1994), la persona que presenta síntomas clínicos observables relacionados con dificultades de interacción social, habilidades de comunicación junto con conductas estereotipadas, repetitivas o intereses restringidos cumple los criterios para tener un diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo.

Por lo que se refiere a la prevalencia de las conductas estereotipadas, éstas pueden afectar a un 33% de la población de jóvenes con DI (Rojahn y Sisson, 1990). Sin embargo, cuando concurre con algún síndrome, como el maullido de gato, la ratio asciende drásticamente hasta un 82% (Ross-Collins y Cornish, 2002), donde la topografía más característica es la de golpearse la cabeza contra objetos u otras partes del

cuerpo, morderse y la rumiación. Incluso la prevalencia es de un 93% cuando está presente el Síndrome de Rett (Hagberg y cols., 1983; Mount y cols., 2003).

La gran mayoría de los jóvenes que no tienen lenguaje verbal y cuyo C.I. está por debajo de 50 presentan estereotipias. En un estudio longitudinal Thompson y Reid (2002), observaron en personas con DI severa y profunda, cómo estas conductas eran notablemente persistentes a lo largo del tiempo sin evidencia de una disminución significativa.

En comparación con la conducta autolesiva encontramos menos estudios que hayan investigado de forma específica este tipo de conducta problemática.

3. Otros investigadores se han centrado en determinar la prevalencia de **conductas de agresión y disruptivas** obteniéndose igualmente una gran disparidad en los resultados. (Borthwick-Duffy, 1994).

La agresión tiende a ser la forma más común de conducta problemática referida por los equipos especialistas en apoyo conductual (Maguire y Piersel, 1992), supone una de las principales razones para derivar a la personas con discapacidad a un servicio de salud mental y plantea uno de los principales obstáculos para el tratamiento eficaz (Cowley y cols., 2005; Gardner y Moffat, 1990). En la literatura podemos encontrar estudios donde la tasa para esta población varía entre el 2% y el 20%, dependiendo de los procedimientos adoptados (Borthwick-Duffy, 1994; Harris y Russell, 1989; Quine, 1986; Sigafoos y cols., 1994). Las ratios más elevadas se han encontrado generalmente en hombres (Borthwick-Duffy, 1994; Davidson, y cols., 1994; Harris y Russell, 1989; Quine, 1986), aunque en algunos estudios como el de Linaker, (1994) no se han encontrado diferencias significativas en relación al género.

En cuanto a la edad Ross-Collins y Cornish (2002) establecen una correlación negativa estadísticamente significativa con el número de registros de conducta agresiva. En este aspecto Tyrer y cols., (2006) encuentran una asociación entre personas que se encuentran en un rango de **edad de 20 y 35 años** y este tipo de topografía de conducta problemática.

La **prevalencia también suele ser mayor en contextos institucionales** (Borthwick-Duffy, 1994; Bruininks y cols., 1994; Eyman y Call, 1977; Fovel y cols., 1989; Harris, 1993; Harris y Russell, 1989; Linaker, 1994; Sigafoos y cols., 1994; Tyrer y cols, 2006) o **servicios especializados** como indica el estudio realizado por Tenneij y Koot (2008). Estos autores observan durante 20 semanas los incidentes agresivos y de autogresión en un servicio especializado para pcdi leve o grave y comportamiento problemático, obteniéndose una prevalencia del 44% de conducta agresiva. La mayoría de dichos incidentes (71%) fueron dirigidos principalmente hacia el personal.

Estudios como el de Hill y Bruininks (1984), o Emerson y cols. (2001), también indican las diferencias entre contextos, donde las ratios de conducta agresiva son significativamente más elevadas en las residencias que en los hogares familiares y los servicios de vida independiente. Por ejemplo, Jacobson (1982) encuentra que un 10,5% de usuarias de servicios para personas con discapacidad intelectual muestran conductas agresivas.

Por su parte, Harris (1993) obtuvo una ratio superior al 50% en adultos con discapacidad intelectual que recibían servicios especiales; y por encima del 40% en jóvenes considerados bastante problemáticos que asistían a centros específicos (Kiernan y Kiernan, 1994).

Actualmente, se considera que **la presencia de problemas conductuales puede ser el doble en el medio residencial (63,9%) que en el comunitario (38%)**. (Proyecto POMONA-España. Martínez R. julio, 2016)

En términos generales, la agresión física y verbal son las conductas problemáticas más disruptivas socialmente y con mayor prevalencia y cronicidad en las personas con discapacidad (Borthwick-Duffy, 1994; Rojahn, Borthwick-Duffi y Jacobson, 1993). En este aspecto el estudio de Crocker y cols. (2006), donde se analizan diferentes formas de conducta agresiva, muestra una prevalencia general del 51,8%, donde el 37,6% era de agresión verbal, 24,4% física, siendo el mismo porcentaje para autoagresión, del 24% para daños a la propiedad y un 9,8% de conducta agresiva sexual. En dicho estudio sólo el 4,9% de las personas que manifestaban conducta agresiva producían lesiones a sus víctimas. Aunque dos tercios de las personas que manifiestan conducta agresiva muestran dos o más formas de agresión.

Teniendo en cuenta a las pcdi en general, la **prevalencia de conducta agresiva incrementa a mayor severidad de discapacidad** (Borthwick-Duffy, 1994; Crocker y cols., 2006; Davidson y cols., 1994, Tyrer y cols., 2006). Sin embargo dentro de la subpoblación de pcdi que manifiestan conducta problemática, es más probable que presenten agresión aquellas personas más capaces, mientras que las autolesiones son más prevalentes entre las personas con un elevado nivel de discapacidad (Emerson y Hatton, 1997).

Hay además una clara correlación entre la ratio frecuencia-severidad (Harris y Russell, 1989; Lowe y Felce, 1995); es decir la agresión que ocurre a menudo es más probable que sea considerada representativa de un problema severo.

En resumen, lo más frecuente es que existan varios tipos de problemas de conducta en una misma persona.

Además, a lo largo de las investigaciones realizadas durante el 2003 y años posteriores, los problemas de conducta eran la primera causa de consulta psiquiátrica en la DI y constituían la causa fundamental de tratamiento psicofarmacológico de estos sujetos.

3.4. APARICIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN RELACIÓN A LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Autores como Moss et al. (2000) destacan que la prevalencia de un problema de conducta es mayor en personas que también presentan síntomas de uno o más trastornos psiquiátricos; sin embargo, es muy poco habitual que una enfermedad mental sea la única causa de un problema de conducta, ya que lo habitual es que los trastornos psiquiátricos se presenten en combinación con circunstancias del entorno ya existentes como malos aprendizajes, condiciones precipitadoras que a su vez se mantiene por las respuestas erróneas del entorno, problemas psicológicos y enfermedad física o síndromes concretos, falta de comprensión, sobretodo de las normas sociales y los problemas de comunicación, alteraciones hormonales, la liberación de endorfinas ya que al reducir el malestar del sujeto, ellos mismo buscan este fin y problemas somáticos subyacentes (muy frecuentes como base de una alteración conductual).

Todas estas circunstancias pueden aumentar la incidencia, gravedad y la variabilidad en la frecuencia de los problemas de conducta.

Es importante subrayar que ni la DI, ni todas las enfermedades mentales cursan con problemas de conducta, ni todos los problemas de conducta tienen como origen una enfermedad mental. Sin embargo, es muy frecuente que el déficit en el desarrollo madurativo tenga como consecuencia que el síntoma psiquiátrico se manifieste de una manera menos elaborada, resultando en una alteración conductual (mostrarse irritable o agresivo en vez de triste) (Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid en su guía práctica de discapacidad intelectual y salud mental, 2011).

4. INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO

La discapacidad y las personas con discapacidad han existido en todos los tiempos, pero lo que ha cambiado a lo largo de la historia ha sido la manera de acercarse y comprender esta discapacidad (Vid. Aguado, 1995; Scheerenberger, 1984). Estas diferencias en la forma de comprender la discapacidad suponen distintas maneras de intervenir con esta población.

El objetivo fundamental no es el tratamiento del problema en sí, sino descubrir el problema de salud mental y tratar la causa subyacente del mismo.

Tanto la valoración como la intervención deben hacerse sobre la persona y su ambiente, sobre la base del sistema de clasificación en función del tipo de intensidad de apoyos que requiere cada sujeto y no en función de su nivel de inteligencia. Se hace, pues, hincapié en una orientación funcional, con perspectiva ecológica y la provisión de apoyos y servicios adecuados para los usuarios (Rodríguez y De Pablo-Blanco, 2004).

En las últimas décadas el problema de la salud mental en pcdi ha recibido una creciente atención, debido al reconocimiento de los derechos de estas personas a recibir un tratamiento adecuado y el principio de normalización, que fomenta una mayor interacción y participación de las pcdid en contextos comunitarios no segregados.

Por ende, en el ámbito que nos ocupa, se considera el modelo de atención integral para abordar los problemas mentales de las pcdi, promocionando la salud y hábitos saludables, evaluando y abordando los trastornos mentales en general y los trastornos de conducta.

En lo que refiere a esta evaluación, será aconsejable realizarla al inicio del programa terapéutico, durante el mismo y a su término, ya que está totalmente vinculado a la elaboración y aplicación del tratamiento. En el ámbito de la DI, la evaluación diagnóstica y la clasificación de la etiología en el diagnóstico de la DI consiste en la descripción de todos los factores de riesgo que afectan a un individuo (biomédicos, sociales, conductuales y educativos), contribuyendo a su funcionamiento actual. Pueden ser útiles las correlaciones genotipo-fenotipo (AAIDD, 2010). Esto se aplica a través del **análisis funcional** del problema de salud mental que se desarrolla a través de una metodología tanto observacional (sistemas de observación directa o indirecta), como correlacional, tratando de analizar la relación persona-ambiente a través de diferentes pruebas psicométricas, o como experimental en estudios de investigación o cuando las hipótesis derivadas de la evaluación funcional han de ser comprobadas.

Se definen los problemas de manera concreta y observable, decidiendo por cuál empezar, cuál es la función que tiene la conducta desadaptada que se pretende modificar, cuáles son

los antecedentes y consecuentes, qué ocurre durante la conducta y qué refuerzos se pueden utilizar para enseñar habilidades nuevas.

Antes de la llegada del análisis funcional, los problemas de conducta eran habitualmente tratados aplicando contingencias de reforzamiento y de castigo arbitrarias, ya que con frecuencia se desconocían las fuentes de reforzamiento de la conducta (Mace, 1994). Por el contrario, la identificación de las contingencias que mantienen la conducta problema, sus consecuencias relevantes y sus asociaciones con los estímulos discriminativos y con los sucesos contextuales, permiten reducir o eliminar la conducta problemática.

Un gran número de autores (Carr, Robinson y Palumbo, 1990; Gardner y Moffat, 1990; Horner y cols., 1990; LaVigna y Donnellan, 1986) diferencian entre **intervención y control de la conducta problemática**.

Así, la intervención tiene como objetivo producir cambios conductuales que perduren a lo largo del tiempo y se generalicen a diferentes contextos, lo que suele implicar la modificación de estímulos antecedentes ambientales mediante un cambio ecológico, la enseñanza de estrategias de afrontamiento para ayudar a la persona a tener mayor control y autocontrol de los factores que precipitan la conducta problemática y la emisión de una respuesta adaptativa que sirva para remplazar el comportamiento problemático.

A continuación se exponen diversas metodologías de intervención de la conducta problemática en pcdid con problemas de salud mental: intervención farmacológica; intervención psicológica e intervención ecológica.

4.1. INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA

Desde hace años se reconoce la elevada tasa de personas con discapacidad intelectual que reciben tratamiento psicofarmacológico. Hay que partir de la idea de que los tratamientos farmacológicos no son inútiles, ni deben ser desechados sin más; la decisión de iniciarse debe tomarse tras haber valorado cuidadosamente todos los posibles beneficios y riesgos potenciales que conlleva el tratamiento (Salvador Carulla, L. et al., 2010).

El tratamiento farmacológico comienza a utilizarse en las pcdid en el siglo XIX, considerándolo como la forma más eficaz de controlar los trastornos conductuales, llegando a ser la intervención más utilizada e incluso la única, especialmente en contextos residenciales.

Actualmente, tiene el objetivo de suprimir síntomas no específicos, actuando sobre alteraciones del pensamiento, del estado de ánimo y de la conducta.

Deb, Clarke y Unwin (2006) recomiendan aplicar el tratamiento farmacológico si:

- la enfermedad psiquiátrica es reconocible, con un diagnóstico psiquiátrico-psicológico y análisis funcional,
- si las alteraciones son muy resistentes a intervenciones no farmacológicas o
- si interfieren de forma significativa en el funcionamiento global del sujeto por suponer un riesgo grave para sí mismo o para los demás.

Asimismo, Salvador Carulla et al. (2010) en la *Guía de directrices internacionales para el uso de medicamentos para problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual*, consideran la posibilidad de iniciar un tratamiento farmacológico si existe una causa física o psicológica evidente a las alteraciones de conducta y/o un trastorno psiquiátrico.

Este tipo de intervención debe formar parte de un plan de atención multidisciplinar personalizado, bajo un consentimiento informado consensuado con el paciente (si es posible) y con la familia; debe ser el tratamiento más sencillo y más eficaz según experiencias previas. En todo caso, debemos evitar la polifarmacia en la medida de lo posible y los cambios injustificados en la medicación. Es importante, evaluar la eficacia del tratamiento y nunca utilizarlo como castigo.

Entre los psicofármacos más habituales utilizados en pcdid se encuentran:

- **los antipsicóticos** (neurolépticos o tranquilizantes mayores) para controlar la psicosis, problemas de conducta, ansiedad grave o síntomas asociados a la demencia;
- **ansiolíticos o benzodiacepinas** y los hipnóticos, cuya acción principal consiste en reducir la tensión emocional por lo que tienen acción sedante, hipnótica y anticonvulsivante, y se usan para controlar los trastornos de ansiedad y del sueño, la conducta hiperactiva, la agresiva y la agitación;
- **psicoestimulantes**;
- **estabilizadores del ánimo** para controlar los problemas de conducta especialmente debidos a trastorno bipolar;
- y **antidepresivos** que suelen recomendarse cuando hay síntomas físicos de depresión (Vallejo Ruiloba, 2006);
- además de estos fármacos podemos encontrar otros como los **antiepilépticos**, debido a que las pcdi presentan una mayor incidencia de lesiones y daño cerebral, dando lugar a cuadros de epilepsia; también indicados para los trastornos conductuales o los trastornos bipolares;
- y los **antiparkinsonianos**, utilizados para contrarrestar los efectos secundarios de algunos de los fármacos mencionados o incluso antihistamínicos para potenciar el efecto de los psicofármacos.

La primera elección suele ser la de antipsicóticos seguida de estabilizadores del ánimo y antidepresivos (Ded, Clarke y Unwin, 2006).

Estas características principales de cada uno de los grandes grupos así como los principales nombres comerciales más utilizados, su recomendación en las personas con discapacidad que presentan conducta problemática y los principales efectos secundarios están en varios libros de consulta (Canal y Martín, 1999; Novell, Rueda y Salvador, 2003).

Cualquier intervención médica y tratamiento farmacológico se hará siempre desde un enfoque centrado en la persona con DI, teniendo en cuenta las creencias y actitudes de la pcdi o cuidadores (Salvador Carulla, L. et al., 2010).

Para enmarcar este apartado, se revisaron datos de estudios antiguos en los que se observó mayores porcentajes de pcdi y alteraciones conductuales que recibían psicofármacos para

controlar los problemas de conducta y en menor medida recibían intervención conductual (53% toman psicofármacos y 20% reciben intervención conductual, Qureshi (1994); 55% de las personas que presentan agresión, reciben medicación psicotrópica y tan sólo un 17% reciben intervención conductual, Oliver, Murphy y Corbett, (1987)).

El hecho de que la medicación sea empleada de forma tan habitual, puede llevar a pensar que es la forma de intervención más eficaz. Sin embargo Lennox y cols., (1988) indican que es **menos efectiva que las intervenciones conductuales**, y cuestionan el uso continuado para las conductas problemáticas en general. Estos resultados fueron replicados posteriormente por Didden y cols. (1997). De hecho la evidencia empírica sobre la utilidad de la medicación psicotrópica en personas con discapacidad es contradictoria (Pyles, Muniz, Cade y Silva, 1997) y los estudios se caracterizan por sus limitaciones metodológicas (Sprague y Werry, 1971).

Por otro lado, se citan varios estudios en los que se presentan el porcentaje de personas que toman medicación en contexto comunitario (25-40% psicotrópicos, 20-30% anticonvulsivos, 35-48% combinada) frente a contextos institucionalizados (30-50% psicotrópicos, 25-35% anticonvulsivos, 45-67% combinada) Reiss y Aman (1997) o Nottestad y Linaker (2003) (19-29% psicotrópicos, 18 al 23% anticonvulsivos, 35-45% medicación combinada) en contexto comunitario frente a contextos institucionalizados (12 y 40% psicotrópicos, 24-41% anticonvulsivos, 44-60% medicación combinada).

Emerson y cols. (2000) realizaron una investigación para evaluar el control y la intervención de residentes en hogares, centros residenciales o en comunidad. El 53% de los residentes habían manifestado conducta problemática en el último mes. El control de esas conductas incluyó la sedación a través de la medicación (35% de los casos), la restricción física (en 44% de los casos de los cuales la mitad recibieron además sedación), el aislamiento (20%) o la restricción mecánica (3%). La intervención con medicación psicotrópica fue prescrita para el 49% de personas con conducta problemática severa o moderada y sólo el 15% tenían un programa de intervención conductual escrito (Mudford y cols., 2008).

Actualmente, el **Proyecto POMONA-España** (Martínez R. julio, 2016) con respecto a la medicación, muestra la sobremedicación general (un 84% de la muestra) y toma de medicación psiquiátrica (un 65 % de toda la prescrita) asociada a la alta prevalencia del trastorno mental asociado. En esta misma línea, los resultados afinan que el 80% de todas las personas con discapacidad intelectual estudiadas toman medicación, en alta proporción psiquiátrica y en muchos casos sin diagnóstico que lo justifique, ni un seguimiento por parte de un profesional de la salud mental.

Como se puede observar los datos de prevalencia de prescripción médica varían al igual que lo hacen los datos de prevalencia de conducta problemática, reflejando que la medicación psicofarmacológica es muy común en esta población, sobre todo en los contextos institucionalizados, siendo además proporcionada de forma indefinida. Incluso con el paso del tiempo se añaden más fármacos a los que la persona ya tiene prescritos, es decir se da una polifarmacología (Martín Cilleros, M^a V., 2009).

En definitiva, los resultados obtenidos por diferentes estudios sobre la eficacia de distintos tipos de psicofármacos no son muy concluyentes, encontrándose resultados contradictorios entre estudios sobre el mismo tipo de fármaco.

Según la topografía de conducta, se observa entre los estudios realizados con esta población objetivo, los antipsicóticos parecen ser el medicamento más utilizado para el **control de la agre-**

sión y de otras conductas problemáticas (Aman y Singh, 1991; Poling, Gadow, y Cleary, 1991), específicamente la risperidona y la olanzapina son más frecuentemente prescritos con independencia de que se presente un trastorno psicótico o no (Friedlander, Lazar y Klancnik, 2001).

En suma, podemos concluir que las conductas más estudiadas a nivel experimental con psicofármacos han sido las autolesiones seguidas de las agresiones. La investigación de la psicofarmacología en general, extrapoliándose al ámbito de la DI, ha ido avanzando. Además es imprescindible combinar la intervención farmacológica con la conductual.

4.2. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Asimismo, se recomienda la aplicación de intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de problemas de la salud mental en adultos con DI si no se aprecia trastorno psiquiátrico alguno.

Algunas de las psicoterapias aplicadas con este colectivo basan sus técnicas en el lenguaje, la cognición y la conducta, sean estas individuales o grupales, y otras que por requerimientos del trastorno y/o de las características de la persona deben ser predominantemente conductuales.

No obstante, en el campo de la discapacidad intelectual es necesario establecer una serie de adaptaciones en la aplicación de estas técnicas, evaluando las habilidades que se consideren necesarias para la participación exitosa en la psicoterapia, el entrenamiento en el reconocimiento y etiquetado de las emociones, los síntomas, las situaciones conflictivas y otros aspectos en sí mismos y en los demás y que deben adaptarse a las necesidades de comprensión de la persona con discapacidad, dándole explicaciones claras del proceso, sobre los resultados esperados, etc... Además, se deben adaptar los autoinformes y otros sistemas de evaluación y autoevaluación de los procesos psicoterapéuticos.

Finalmente, se debe buscar la individualización del tratamiento por medio del uso de un lenguaje adaptado, de material no-verbal, de ayudas visuales como dibujos, símbolos, fotografías, etc. En cualquier caso, se debe tomar tiempo para establecer un estilo de comunicación eficaz con un uso adecuado del humor o del silencio.

Junto con todo lo anterior y en especial todo lo relativo a la alianza terapéutica, es posible aplicar a muchos sujetos estrategias y técnicas psicoterapéuticas basadas en la Terapia Racional Emotiva de Ellis o en la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers. Así como un amplio conjunto de técnicas cognitivo-conductuales tales como la desensibilización sistemática, el modelado de la conducta, el entrenamiento en relajación (véase Thompson y Cale, 2003).

La modificación de conducta, más conocida como análisis conductual aplicado, tiene un papel central en la intervención con personas con discapacidad y comportamiento problemático. El modelo ha persistido como una orientación fundamentalmente aplicada para mejorar el funcionamiento de las personas con discapacidad a través del moldeamiento y mantenimiento de habilidades para tratar problemas graves de conducta (Martín Cilleros M.V., (2009).

Los comienzos del análisis de conducta en la discapacidad intelectual (años 60), se centraban en la persona como foco de la intervención. Concretamente en la DI severa se centró en au-

mentar la competencia personal y reducir la conducta problemática (Bailey y cols., 1987; Carr y cols., 1999; Dunlap, Clarke y Steiner, 1999; Matson y cols., 1996; Remington, 1991).

Además de los citados, otros tipos de intervenciones llevados a cabo se basan en la **enseñanza de comunicación funcional** como una de las intervenciones más recomendadas para la conducta problemática, la **evitación, refuerzo no contingente**, identificando el refuerzo que mantiene la conducta problemática y proporcionarlo con independencia de que tenga lugar o no la conducta, **realizar elecciones** sobre el orden en que puede realizar la tarea; o elegir una tarea entre dos. La revisión de estudios como el de Shogren y cols., 2004, indica que permitir a las personas con discapacidad intelectual **realizar elecciones** reduce el comportamiento problemático respecto a la línea base. Estos estudios sugieren que cuando la persona con discapacidad incrementa su autodeterminación los problemas de conducta se reducen.

Sin embargo los métodos de intervención por excelencia para la conducta problemática en las pcdi, utilizados con mayor frecuencia y avalados por un mayor número de estudios, son el psicofarmacológico y el conductual, especialmente cuando la topografía es la agresión (Benson y Brooks, 2008; Matson y Wilkin, 2008).

En todo caso, como ya establecieron *Novell Alsina, Rueda Quillet y Salvador Carulla en 2003*, los modelos de **tratamiento e intervención psicológicos con los que se trabajan las conductas problemáticas** que presentan las personas con discapacidad, son modelos centrados en la persona basados en valores compartidos por todos.

Su objetivo es ayudar a las personas a tener mejor calidad de vida, consiguiendo aumentar y mejorar los momentos de placer en la vida del paciente y reduciendo a su vez, la conducta problema. La manera de hacerlo, es a través de un plan de apoyo y/o plan individualizado de tratamiento que ayuda a la persona a lograr sus objetivos y a hacer frente de manera específica a sus necesidades a partir de la información que tenemos de la evaluación individualizada y el diagnóstico integrador.

4.3. INTERVENCIÓN ECOLÓGICA

Las intervenciones ecológicas o psicoambientales hacen referencia a todas aquellas acciones que, desde la psicología y ciencias afines y teniendo al sujeto como núcleo principal, se dirigen hacia la manipulación y modificación del entorno físico y del entorno contextual social.

Tener una estructura adecuada del entorno físico cotidiano ayuda tanto a prevenir como a reducir las conductas desajustadas de la persona con problemas de salud mental, pues entre otras muchas cuestiones no le generará desgaste cognitivo improductivo. Para ello es importante que los espacios físicos cotidianos de la persona tengan un buen potencial de calidez, facilidad de comprensión, disposición espacial adecuada a sus demandas, potencial para la distensión emocional, una organización escénica adecuada, materiales adecuados y que la decoración del lugar sea coherente con la actividad que en él se desarrolla. En general, un entorno con buena calidad estética ambiental puede facilitar una mejor salud mental (Paredes, 2012).

Por otra parte, Dagan (2007) plantea dos amplios grupos de estrategias para el trabajo el entorno social:

- (a) Las intervenciones en el contexto social inmediato de la persona, las cuales incluyen la intervención con la familia y/o con los cuidadores profesionales. Encuadrándose en ella, por ejemplo, los programas psicoeducativos para el manejo conductual;
- (b) Las intervenciones dirigidas al contexto social más amplio de la persona. Estas incluyen programas de vivienda, de ocio, de ocupación-empleo, o programas de alivio y respiro familiar.

Actualmente, se apuesta por el apoyo conductual positivo, ya que las personas con problemas graves de conducta nos plantean retos tan importantes que los procedimientos tradicionales de intervención conductual no son, por lo general, capaces de resolver.

El Apoyo Conductual Positivo (ACP) es un conjunto de técnicas destinadas a cambiar el entorno, creando contextos que incrementen la calidad de vida, haciendo que la conducta problemática, sea para la persona que la presenta, irrelevante e inútil y por consiguiente, hacer que la conducta alternativa socialmente adecuada, más eficaz y más funcional.

El ACP permite a los profesionales afrontar el reto de proporcionar apoyos en cualquier contexto donde se desenvuelve habitualmente la persona, mejorar la capacidad de los ámbitos, institucionales, familiares y de la comunidad a la hora de diseñar contextos efectivos e incrementar el ajuste o conexión entre la investigación y la aplicación y los ambientes en los cuales tiene lugar la enseñanza y el aprendizaje.

Además, es importante incluir en los diversos tratamientos a personas con discapacidad y grandes necesidades de apoyo, que con terapias psicológicas bien planteadas y adaptadas en la medida de lo posible, incentiven la participación de las personas mejorando siempre la calidad de vida y su salud. Así, cada vez más, se presentan técnicas utilizadas para fomentar la participación activa de las persona en contextos integrados (p. e., Scotti y Meyer, 1999). De este modo y de forma actualizada, se presenta el Apoyo Activo como otra forma de intervención y apoyo (Plena inclusión, 2017).

El Apoyo Activo (AA) es una estrategia y enfoque clave para la promoción de la participación de las pcdid en sus vidas y la mejora de su calidad de vida. El objetivo del AA es ayudar a las personas a llevar una vida plena; sin embargo, el AA no es la solución a todo y debe encajar e interactuar en la práctica con el Apoyo Conductual Positivo, la Planificación Centrada en la Persona, planes de comunicación, de oportunidad y de aprendizaje.

De manera más específica, el AA se compone de una mutua interacción entre las personas que acompañan y el individuo en sí, promoviendo un nivel adecuado de apoyo para que pueda hacer y participar en todas las actividades diarias comunes que se presentan en su vida.

Esto se consigue con planes de apoyo como forma de organización, para posteriormente realizar un seguimiento del proceso, asegurando la calidad de la tarea junto a un posterior *feedback* dado a las personas de apoyo.

Por tanto, el modelo conductual ha tenido y sigue teniendo un peso importante, junto con la psicofarmacología. Desde ambas disciplinas se interviene con diferentes estrategias. Pero no sólo es necesario combinar diferentes estrategias procedentes de una misma disciplina sino que, muchas veces cada estrategia por sí sola no es del todo eficaz.

Así, tratando de acentuar la importancia de un tratamiento integral dada la complejidad de la conducta problemática, la intervención debe llevarse a cabo desde diferentes perspectivas y apoyándose en cuatro dimensiones (biológica, psicológica, social y de desarrollo), mediante la cooperación y coordinación de diferentes profesionales como psiquiatras, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, enfermeras, y dentro de lo posible, los cuidadores de la persona (Dosen, 2007). Así la intervención que hasta ahora era bio-psico-social forma un todo en un nuevo contexto, adaptado a la persona con discapacidad intelectual.

En muchas ocasiones, estas intervenciones precisan de la modificación ecológica del entorno físico y/o social que rodea al sujeto.

El tratamiento integral desde la intervención farmacológica, psicológica y ecológica, pretende facilitar el proceso de atención a las personas y mejorar la manera en que se afrontan los trastornos de conducta, siempre con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y fomentar el desarrollo de su proyecto de vida.

||



ESTUDIO EMPÍRICO

1. OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es **conocer la prevalencia de enfermedad mental y/o problemas graves de conducta en personas con discapacidad intelectual** mayores de edad en Castilla y León, analizando asimismo **distintas variables de interés relacionadas**.

Este objetivo general se concreta en los siguientes **objetivos específicos**:

- Conocer información sociodemográfica de los participantes en el estudio, que permita describir las características principales de las pcdi que tienen a su vez alteraciones de la salud mental.
- Obtener información sobre la enfermedad mental de los participantes: principales diagnósticos y su relación con otras variables.
- Conocer los principales problemas graves de conducta que presenta esta población, su distribución en frecuencia e intensidad y su relación con otras variables.
- Obtener información sobre el consumo de psicofármacos de este colectivo y su relación con otras variables.
- Analizar la relación existente entre las alteraciones de conducta de esta población y otros problemas de salud, dificultades de comunicación, de relación o nivel de ocupación en actividades.
- Obtener información sobre la respuesta sanitaria que reciben los participantes (ingresos, periodicidad de seguimiento, atención en urgencias...).
- Conocer la respuesta dada por parte del servicio o entidad social al que acuda la pcdi y el “esfuerzo” percibido que supone para las entidades responder a las necesidades de este colectivo.

2. METODOLOGÍA

2.1. PARTICIPANTES

Un total de **1.604 personas con discapacidad intelectual mayores de edad han sido identificadas** en el momento de realización del estudio en los 122 centros o servicios (centros ocupacionales/centros de día/centros especiales de empleo) de las 25 entidades que han participado (todas ellas federadas en Plena inclusión Castilla y León).

El procedimiento de muestreo **es incidental** respecto a las entidades, en virtud de su disposición a participar en el estudio. Una vez aceptada su disponibilidad, la identificación de los participantes se realizaba con toda la población de pcdi mayores de edad que recibían apoyos en sus centros.

Esa identificación se ha basado en el cumplimiento de al menos uno de los siguientes tres criterios en el momento de cumplimentación del cuestionario (**criterios de inclusión**):

- **Diagnóstico de enfermedad/trastorno mental** (realizado por profesionales del sector público/privado).

- **Alteraciones graves de conducta** (Emerson: “aquellas conductas anormales desde el punto de vista cultural, de tal frecuencia, duración o intensidad que ponen en riesgo la seguridad física, el bienestar o la CdV de la persona o de otros, o bien que impiden a la persona que las muestra el acceso a los recursos ordinarios de la comunidad”).
- **Consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico**, tenga diagnóstico o no de enfermedad mental / alteraciones graves de conducta. Se excluye el consumo de antiepilépticos cuando es un tratamiento exclusivo de epilepsia y no se relaciona con una intervención psiquiátrica.

Con objeto de facilitar la comprensión de cómo se ha distribuido la muestra de pcdi participantes, vamos a desglosar la información obtenida en tres apartados:

- usuarios mayores de edad con DI en las entidades participantes,
- usuarios mayores de edad con DI que, en el momento de cumplimentación de la encuesta, cumplen al menos uno de los tres criterios de inclusión
- y usuarios mayores de edad con DI que cumplen algún criterio de inclusión y sobre los que se ha cumplimentado un cuestionario de prevalencia más exhaustivo sobre variables de interés.

2.1.1. Usuarios mayores de edad con DI en las entidades participantes

En Castilla y León, según el dato aportado en el “Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad 2016” (Junta de Castilla y León), hay 19.570 personas con DI, siendo **17.399 mayores de edad**.

Si nos centramos en entidades de Plena inclusión CyL, aproximadamente 6.265 personas mayores de edad asisten a centros federados, de las que 5.206 tienen DI.

Si acotamos esto en los 122 centros de las 25 entidades que han participado en el estudio, constatamos la cifra de 5.666 personas mayores de edad (independientemente del tipo de discapacidad), de las que **4.715 tienen DI**. Esta última cifra supone aceptar un error muestral de $\pm 3,05$ ($p=q=0,50$) con un nivel de confianza del 95%, por lo que la representatividad respecto a la población es elevada.

Personas con DI en Castilla y León	19.570
Personas >18 años con DI en Castilla y León	17.399
Personas >18 años asistentes a centros federados a Plena inclusión CyL	6.265
Personas > 18 años con DI que asistentes a centros federados	5.206
Personas >18 años asistentes a alguno de los centros participantes en el estudio (independientemente del tipo de discapacidad)	5.666
Personas > 18 años con DI asistentes a alguno de los centros participantes en el estudio	4.715

Tabla 5: Datos sobre pcdi en CyL en entidades de Plena inclusión y participantes en el estudio. Datos 2016.

2.1.2. Usuarios mayores de edad con DI que cumplen al menos un criterio de inclusión

Del total de usuarios mayores de edad con DI que reciben apoyos en las 25 entidades participantes en el estudio (4.715), **1.604** han sido identificadas e incluidas en el estudio, por cumplir en el momento de cumplimentación del cuestionario, alguno de los tres criterios de inclusión (tener trastorno mental diagnosticado y/o presentar alteraciones graves de conducta y/o consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico), lo que supone un **34,02%**.

A continuación, se presentan las características de estas 1.604 pcdi en cuanto a la provincia, el ámbito, la entidad y el tipo de centro:

(I) Distribución respecto a la provincia

La distribución de los centros y servicios y las pcdi incluidas en el estudio por provincias es la siguiente

PROVINCIA	CENTROS		PCDI identificadas	
	Frecuencia	%	Fr	%
Ávila	5	4,09	96	5,98
Burgos	18	14,75	293	18,26
León	27	22,13	283	17,64
Palencia	18	14,75	197	12,28
Salamanca	26	21,31	268	16,7
Soria	1	0,81	17	1,05
Valladolid	16	13,11	242	15,08
Zamora	11	9,01	208	12,96
Total (n=)	122	100	1.604	100%

Tabla 6: Distribución de pcdi incluidas en el estudio según la provincia.

(II) Distribución respecto al ámbito

Más de la mitad de los centros (68) se encuentran en el ámbito rural (55,74%), frente al 44,26% que están en ámbito urbano (54 centros).

Ámbito	Centros	Tipo de centro	Frecuencia	%
Rural	68	Centro Especial de Empleo	14	20,59
		Centro Ocupacional	30	44,12
		Centro de Día	24	35,29
Urbano	54	Centro Especial de Empleo	12	22,22
		Centro Ocupacional	19	35,19
		Centro de Día	23	42,59

Tabla 7: N° de pcdi en función del ámbito y el tipo de centro.

A continuación, se muestra la distribución de los centros por provincia y ámbito.

Provincia	Centros	Ámbito	Frecuencia	%
Ávila	5	Rural	3	60,00
		Urbano	2	40,00
Burgos	18	Rural	12	66,67
		Urbano	6	33,33
León	27	Rural	12	44,44
		Urbano	15	55,56
Palencia	18	Rural	13	72,22
		Urbano	5	27,78
Salamanca	26	Rural	18	69,23
		Urbano	8	30,77
Soria	1	Rural	0	0
		Urbano	1	100
Valladolid	16	Rural	2	12,50
		Urbano	14	87,50
Zamora	11	Rural	8	72,73
		Urbano	3	27,27

Tabla 8: Distribución de las pcdi incluidas en el estudio por ámbito y provincia

(III) Distribución respecto a la entidad

Las pcdi incluidas en el estudio pertenecen a 25 entidades federadas en Plena inclusión Castilla y León. Esto pone de manifiesto una alta tasa de participación, dado que supone el 86,2% del total de entidades federadas que tienen centros (CO, CD o CEE).

Estas 25 entidades participantes en el estudio están ubicadas en 8 de las 9 provincias de nuestra Comunidad Autónoma, distribuyéndose sus centros de la siguiente manera:

Provincia	Entidad	Centros	%
Ávila	LA CASA GRANDE DE MARTIHERRERO	3	2,46
	PRONISA	2	1,64
Burgos	ASADEMA	3	2,46
	ASAMIMER	3	2,46
	ASPODEMI	3	2,46
	FUNDACIÓN ASPANIAS	9	7,38
	LAS CALZADAS	1	0,82
	ASPACE LEÓN	5	4,10
León	ASPRONA BIERZO	3	2,46
	ASPRONA LEÓN	18	14,75

Palencia	CENTRO VILLA SAN JOSÉ	2	1,64
	FUNDACIÓN PERSONAS PALENCIA - ADECAS	3	2,46
	FUNDACIÓN PERSONAS PALENCIA - ASPANIS	2	1,64
	FUNDACIÓN SAN CEBRIÁN	11	9,02
Salamanca	ACOPEDIS	2	1,64
	ASPAR LA BESANA	5	4,10
	ASPRODES	16	13,11
	INSOLAMIS	3	2,46
Soria	ASAMIS	1	0,82
Valladolid	CENTRO PADRE ZEGRI	3	2,46
	CENTRO SAN JUAN DE DIOS	3	2,46
	FUNDACIÓN PERSONAS VALLADOLID - ASPRONA	9	7,38
	FUNDACIÓN SIMÓN RUIZ	1	0,82
Zamora	ASPROSUB BENAVENTE	3	2,46
	FUNDACIÓN PERSONAS ZAMORA – ASPROSUB	8	6,56
Total		122	100

Tabla 9: Distribución de las pcdi pertenecientes a cada entidad participante

Respecto a la distribución de los participantes por entidad, constatamos que oscila entre una entidad con la menor prevalencia de alteraciones de salud mental en pcdi (15,38%) y en el otro extremo, otra entidad en la que se han identificado un 56,46% de usuarios con DI y alteraciones de la salud mental.

Porcentaje de prevalencia por entidad

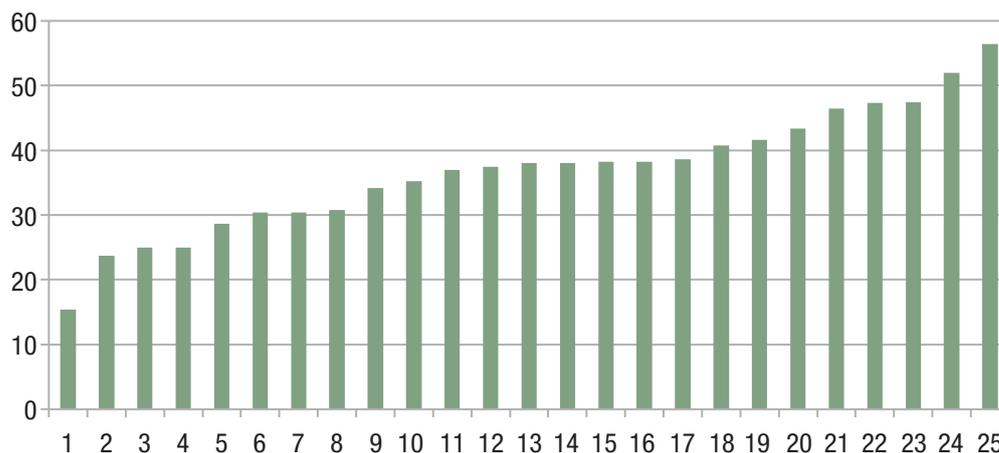


Gráfico I: Porcentaje de prevalencia ascendente según las entidades participantes

(IV) Distribución por tipo de centro

De los 122 centros/ servicios participantes, 49 son Centros Ocupacionales (40,16%), 47 son Centros de Día (38,53%) y 26 son Centros Especiales de Empleo (21,31%).

Tal como se muestra en la tabla, algo más de la mitad de los participantes totales identificados se encuentran en CO (56,05%), seguido por los CD con el 35,22% y, en último lugar, los CEE con un 8,73% del total.

En todos los CO participantes en el estudio existen un total de 2.606 personas mayores de edad que tienen DI, de la que 772 cumplen al menos uno de los criterios del estudio (lo que supone un 29,62% del total de pcdi mayores de edad que cumplen algún criterio de inclusión). En los CD participantes, el dato total se establece en 1.298 personas mayores de edad con DI, de las cuales 502 cumplen al menos uno de los criterios (un 38,67% del total). Por último, en los CEE se registran 810 personas mayores de edad con DI, de las que 119 cumplen alguno de los criterios del estudio (suponiendo un 14,69% del total de pcdi mayores de edad que cumplen algún criterio de inclusión).

Por tanto la prevalencia es mayor en los centros de día (CD), seguido de los centros ocupacionales (CO) y, por último, los centros especiales de empleo (CEE).

Tipo de centro	C. Especial Empleo	Centro Ocupacional	Centro de Día	Total
Nº de centros	26	49	47	122
Pcdi que cumplen criterios (del total)	140	899	565	1.604
% de pcdi que cumplen criterios (del total)	8,73%	56,05%	35,22%	100%
Pcdi > edad (por tipo de centro) identificadas	811	2.606	1.298	4.715
% pcdi > edad que cumplen criterios (por tipo de centro) identificadas	17,2%	55,27%	27,53%	100%
Pcdi > edad (por tipo de centro) participantes	119	772	502	1.393
% pcdi > edad que cumplen criterios (por tipo de centro) participantes	14,69%	29,62%	38,67%	100%

Tabla 10: Distribución del nº de pcdi por tipo de centro

En todo caso, es necesario resaltar que 6 de los 122 centros no han identificado a ninguno de sus usuarios como cumplidores de alguno de los tres criterios de inclusión. Es llamativo que 5 de esos 6 centros (83,3%) son Centros Especiales de Empleo. Esto puede explicarse por el perfil de las pcdi que trabajan en estos centros (menos necesidades de apoyo), pero también por la falta de información que los profesionales tienen de estos trabajadores (dado que acceden a menor información personal y socio-sanitaria que en un centro de día o centro ocupacional).

2.1.3. Usuarios mayores de edad con DI que cumplen algún criterio de inclusión y sobre los que se ha cumplimentado el cuestionario de prevalencia completo

De las 1.604 pcdi que cumplen los criterios de inclusión en el estudio, se han obtenido datos más extensos de un total de 1.393, al ser sobre los que se ha cumplimentado el cuestionario

completo de prevalencia en el que se recoge información más exhaustiva sobre cada pcdi identificada. Esto se ha debido principalmente a la realización de muestreos en aquellos centros donde el número de personas identificadas era elevado (con objeto de no sobrecargar al profesional que cumplimentaba los cuestionarios). En esos pocos casos (11 centros de 3 entidades participantes), se ha mantenido la misma distribución por sexo que existía en el grupo de pcdi identificadas previamente.

El total de pcdi sobre las que se han cumplimentado los cuestionarios se corresponde al 86,85% de las pcdi identificadas, por lo que los resultados siguen siendo representativos y generalizables.

Los descriptivos de este bloque de usuarios serán presentados en el “apartado de resultados” puesto que es donde se expondrán los resultados del resto del cuestionario completo de prevalencia.

2.2. INSTRUMENTO

La obtención de información sobre prevalencia y sobre aspectos relacionados con la salud mental de las personas con discapacidad intelectual se ha llevado a cabo a través de dos cuestionarios, cumplimentados por profesionales de cada entidad (56 profesionales, principalmente psicólogos).

Ambos cuestionarios se han cumplimentado vía web mediante la aplicación LimeSurvey

Cuestionario 1. Cuestionario de datos identificativos:

Su estructura global es la siguiente:

- (1) Instrucciones para el encuestador: instrucciones para el acceso al primer cuestionario (a través del enlace correspondiente), se recuerdan los criterios de inclusión en el estudio (ya establecidos en la formación previa), se explican las partes de las que consta y se facilitan los contactos para cualquier tipo de consulta.
- (2) Datos del encuestador (estos datos fueron solicitados en función de su puesto como profesional y tiempo de desempeño de la actividad en su centro). Este apartado consta de 5 preguntas identificativas, tres de ellas de respuesta abierta y el resto cerradas.
- (3) Datos de la entidad (tipo de centro, ámbito, provincia y total de usuarios, además del número de usuarios que cumplen los requisitos para incluirlos posteriormente en nuestro estudio). Apartado desarrollado por 9 ítems tanto de respuesta cerrada, como abierta, dependiendo de la identificación propia o general con la pregunta.

Este cuestionario ha sido cumplimentado por el total de encuestadores, obteniéndose el total de usuarios que deben ser incluidos en el estudio (N= 1.604 pcdi) por cumplir al menos, uno de los 3 criterios de inclusión.

Cuestionario 2. Cuestionario de prevalencia:

Este instrumento, quedó conformado por **66 ítems** (contando todos los desgloses posibles, es decir, aquellos de respuesta vinculada al anterior).

La mayoría de las preguntas son cerradas, dejando las de tipo abierto para especificar “otros” problemas de salud, psicofármacos o síndromes principales no contemplados.

La mayoría de los ítems de este cuestionario son Tipo Likert.

Su estructura ha sido la siguiente:

- (1) Instrucciones para el encuestador: se instruye para el acceso al nuevo cuestionario a través del enlace correspondiente y además se recuerda la particularidad de este cuestionario: realización múltiple del cuestionario de prevalencia en función del número de personas con discapacidad intelectual identificado previamente al cumplir al menos 1 de los 3 criterios de inclusión. Se muestra algún consejo para una mejor y más rápida cumplimentación de cada cuestionario y se recuerdan los datos de contacto de los profesionales para cualquier consulta.
- (2) Información sociodemográfica de la PCDI: a través de los 26 ítems de los que consta esta parte del cuestionario, se solicitan los criterios que cumple la persona seleccionada, todos los datos relacionados con las aplicaciones de las Escalas SIS y la Escala ICAP, así como preguntas sobre la modificación de la capacidad de la persona o su residencia habitual. Algunos ítems son de respuesta condicionada (en función de la respuesta dada en el ítem anterior).
- (3) Información sobre la salud mental de la PCDI seleccionada:
 - SALUD MENTAL 1: si está diagnosticado se solicita el tipo de alteración de la salud mental en función de la clasificación CIE-10 (desglosado en 11 ítems)
 - SALUD MENTAL 2: se pide el tipo de alteración de conducta según la clasificación y definición del ICAP, en función de su frecuencia e intensidad (desglosado en 10 ítems)
 - El resto de ítems de este bloque (concretamente 17) incidirán sobre la posible existencia de problemas de salud, dificultades de comunicación, relación, ocupación en actividades...
- (4) Información sobre la respuesta sanitaria que ha precisado la PCDI sobre la que se responde el cuestionario: se responden 2 ítems sobre la toma de algún tipo de psicofármaco en la actualidad, bajo nueve grandes categorías (principales principios activos y sus nombres comerciales).

A continuación, en este mismo apartado, se presta atención a rangos temporales en los que la PCDI ha tenido que ser atendida en urgencias o ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses.
- (5) Respuesta por parte del servicio a la PCDI evaluada: tipo de intervención puesta en marcha y esfuerzo “extra” que puede haber supuesto atender y prestar apoyo a la pcdi en los último 12 meses.

Este cuestionario ha sido cumplimentado por el total de encuestadores. No obstante, al ser más completo, en algunos casos se ha procedido a realizar un muestreo de los propios usuarios identificados previamente (para no sobrecargar al encuestador), obteniéndose finalmente información completa sobre un total de N= 1.393 pcdi.

2.3. DISEÑO

El presente estudio de prevalencia se ha llevado a cabo a través de una metodología cuantitativa y con un diseño transversal. Las variables que se han considerado son:

1. **Variables independientes (asignadas):** variables sociodemográficas, tanto relacionadas con la personas con discapacidad (edad, sexo, grado de discapacidad, grado de dependencia, puntuación en la escala SIS y en la escala ICAP, síndromes genéticos, modificación de la capacidad jurídica, lugar de residencia) como con el tipo de centro (centro ocupacional/centro de día/centro especial de empleo)
2. **Variables dependientes (variables de estudio):** diagnóstico de enfermedad mental (CIE-10), problemas graves de conducta (tipología, frecuencia e intensidad, medidos según la escala ICAP), otros problemas (de salud, de comunicación, de relación social, nivel de ocupación), consumo de psicofármacos y respuesta sanitaria (revisión de la medicación, seguimiento, ingresos hospitalarios, urgencias) y respuesta por parte del servicio (tipo de intervención, esfuerzo del servicio).

2.4 PROCEDIMIENTO

Aprobada la realización del estudio por la Dirección de Plena inclusión Castilla y León, se mandó una carta a los Gerentes de las entidades federadas, explicándoles el objetivo del estudio y solicitando su colaboración. La respuesta fue favorable, con una gran implicación y respuesta positiva del 86,2% de las entidades que disponían de centros y que, por tanto, podían participar (tan sólo 4 entidades de las que podrían participar por disponer de centros rechazaron hacerlo).

Desde la Federación se conformó un Equipo de Trabajo conformado por 5 psicólogos de entidades participantes, con objeto de diseñar conjuntamente los cuestionarios, establecer los objetivos y servir de órgano de consulta para cualquier cuestión relacionada con el estudio.

Desde Plena inclusión nos pusimos en contacto con la Universidad de Valladolid para solicitar igualmente su colaboración en el proceso.

Elaborados los instrumentos en formato web (a través de la aplicación LimeSurvey), conformamos unos documentos de instrucciones, se realizaron 3 sesiones de formación con los encuestadores (en mayo de 2016), con objeto de motivarles, explicarles el proceso y solicitar su colaboración. Un total de 56 encuestadores colaboraron en la recopilación de la información, en su mayoría psicólogos y con una gran experiencia profesional, valía y amplia formación.

Encuestadores

Algunas de las principales características de los 56 encuestadores que participaron en el proceso de recogida de información se presentan a continuación:

- a) **Sexo:** 40 (71,43%) son mujeres y 16 (28,57%) son hombres.
- b) **Perfil profesional:** la mayoría de los encuestadores son psicólogos, concretamente 44 (78,57%), a los que les siguen 3 trabajadores sociales (5,36%) y 3 directores de centros (5,36%). Por último, una pequeña participación de 6 encuestadores de diversos perfiles profesionales (10,71%).
- c) **Centros:** se observa una variabilidad importante en el número de encuestadores por centro, desde 1 hasta 3.

- d) **Antigüedad:** hay una gran variabilidad, con un rango que oscila entre 1 año y 31 años de experiencia. La media es de 13 años ($\bar{x} = 13,19$ y $\alpha = 8,19$).

Además, durante el proceso de cumplimentación de los cuestionarios, tanto por parte de la Federación como por parte de la UVA hubo un seguimiento y asesoramiento constante e individualizado, realizando asimismo diversos controles de calidad, con objeto de asegurar una recogida fiable y válida de la información.

La cumplimentación de los cuestionarios comenzó por el primero de ellos (Datos Identificativos), donde incluían información sobre el propio encuestador, la entidad, el tipo de centro y la identificación de las pcdi que cumplían los criterios de inclusión.

A continuación, pasaban a cumplimentar el segundo cuestionario (de prevalencia), uno por cada una de las pcdi identificadas previamente.

Este trabajo de campo se desarrolló entre los meses de mayo y septiembre de 2016.

Finalizado el trabajo de campo, se procedió a la depuración de la base de datos (volcada desde la aplicación informática). Depurada la base por completo, se realizaron los análisis (descriptivos e inferenciales) oportunos.

En todo este proceso de depuración y análisis de datos contamos con la colaboración de la Universidad de Valladolid.

2.5 ANÁLISIS DE DATOS

Los tipos de análisis llevados a cabo han sido tanto de tipo descriptivo como inferencial.

Se han llevado a cabo análisis multivariados en varias líneas:

(a) modelos de regresión logística directa (modelo logit binario), puntuación de Fisher como técnica de optimización para maximizar la función de verosimilitud, para comprobar qué combinación lineal de variables, tanto categóricas (policotómicas o dicotómicas) como continuas, tienen poder predictivo sobre el diagnóstico de trastorno mental en personas con discapacidad intelectual;

(b) modelos multivariados de variables categóricas (e.g., modelos logarítmico-lineales);

(c) modelos basados en estructuras de varianza (PLS, Partial Least Squares) para determinar las relaciones entre diversos modelos de medida, variables predictoras y variables criterio, posibles variables mediadoras y moderadoras, etc.

El software utilizado se compone de varios programas (SAS v. 9.4, R v. 3.4.0, SPSS v. 23, R2, STATA)

3. RESULTADOS

Del total de 1.604 pcdi mayores de edad con alteraciones de la salud mental identificadas por los encuestadores por cumplir al menos alguno de los tres criterios de inclusión en el estudio (enfermedad mental, problemas graves de conducta y/o consumo de psicofármacos), tal como se ha explicado anteriormente, se cumplimentaron cuestionarios completos sobre variables relacionadas para un total de 1.393 (el 86,85% de las pcdi identificadas, lo que supone una representatividad elevada), debido principalmente a la realización de muestreos aleatorios en aquellos casos en que el número de pcdi identificadas era muy elevado para un solo encuestador.

Por esa razón, hemos diferenciado **dos apartados generales**: en primer lugar, los resultados de prevalencia con el total de pcdi identificadas (**N= 1.604**). En segundo lugar, los resultados obtenidos con la muestra de pcdi identificadas, sobre las que se ha cumplimentado el cuestionario completo (**N=1.393**), permitiendo por tanto extraer información más amplia sobre el tipo de alteración de salud mental y otras variables relacionadas.

3.1. RESULTADOS DE PREVALENCIA

Para establecer la prevalencia, es decir, “el porcentaje de individuos de un grupo o población (personas con discapacidad intelectual en este estudio) que presentan una característica determinada (enfermedad mental diagnosticada, alteraciones graves de conducta y/o consumo de psicofármacos para el tratamiento de una alteración de la salud mental)”, se ha utilizado la información ofrecida en el primer cuestionario, donde los encuestadores identificaban, de entre todos los usuarios con DI mayores de edad de cada centro, aquellos que cumplían al menos uno de los tres criterios de inclusión.

De esta manera, de las 4.175 pcdi mayores de edad que reciben apoyos en las 25 entidades participantes en el estudio, **un 34,02%** (N= 1.604) presentan enfermedad mental diagnosticada y/o problemas graves de conducta y/o consume psicofármacos (como tratamiento psiquiátrico).

3.2. RESULTADOS ESPECÍFICOS DE PCDI CON ALTERACIONES DE SALUD MENTAL

A partir de este apartado, los análisis que se muestran proceden de la muestra de pcdi sobre las que se ha cumplimentado el cuestionario completo (N=1.393).

En primer lugar, se presentan las principales características sociodemográficas de las **1.393 pcdi** con alteraciones de la salud mental sobre las que se cumplimentó el cuestionario completo de prevalencia incluyendo asimismo los resultados más relevantes tras realizar distintos cruces entre variables (epígrafe 3.2.1).

A continuación (epígrafe 3.2.2), se incluyen los resultados específicos para cada uno de los tres criterios de inclusión en el estudio, resaltando los principales resultados tras el cruce de diferentes variables.

En tercer lugar (epígrafe 3.2.3.) se abordan los principales resultados en torno a tres variables relacionadas con el ámbito social y de comunicación, que han resultado de interés al revisar la literatura científica.

Por último (epígrafe 3.2.4), se analizan los resultados relacionados con la respuesta sanitaria y la respuesta por parte del servicio social.

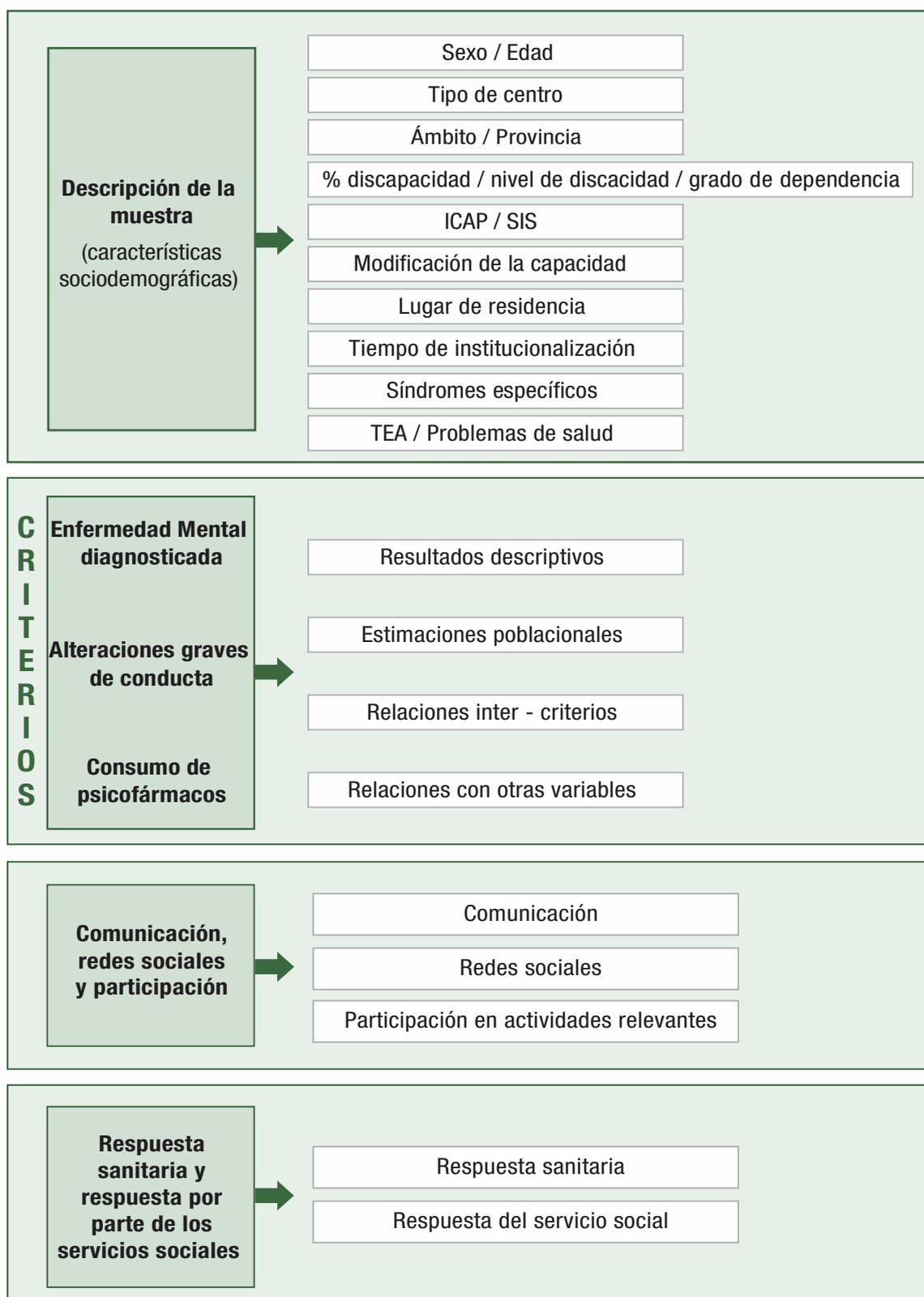


Figura 1: Mapa conceptual

3.2.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA. CACTERÍSTICAS GENERALES

A continuación se describen las principales características sociodemográficas así como los resultados más relevantes entre los cruces.

Sexo

La distribución por sexo es bastante equilibrada, con 761 hombres y 632 mujeres.

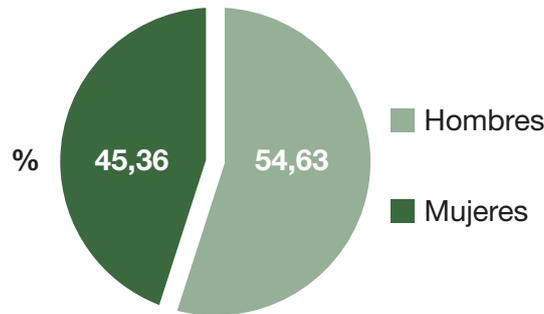


Gráfico 2: Sexo de la muestra participante

La variable sexo ha sido cruzada con todas las variables (tipo de centro, nivel de DI, porcentaje, dependencia, aplicación y puntuación del ICAP y de la SIS, residencia habitual de la pcdi...) y no se han encontrado relaciones significativas.

Edad

La media de edad de los 1.393 participantes es de 47 años (DT= 13,297) con un rango de edad que oscila entre los 18 y los 81 años. En el siguiente gráfico se muestra que el rango de edad con mayor representatividad está entre 45 y 60 años, seguido del 30 a 44 años. Entre ambos (de 30 a 60 años) suponen el 72,21% del total de la muestra.

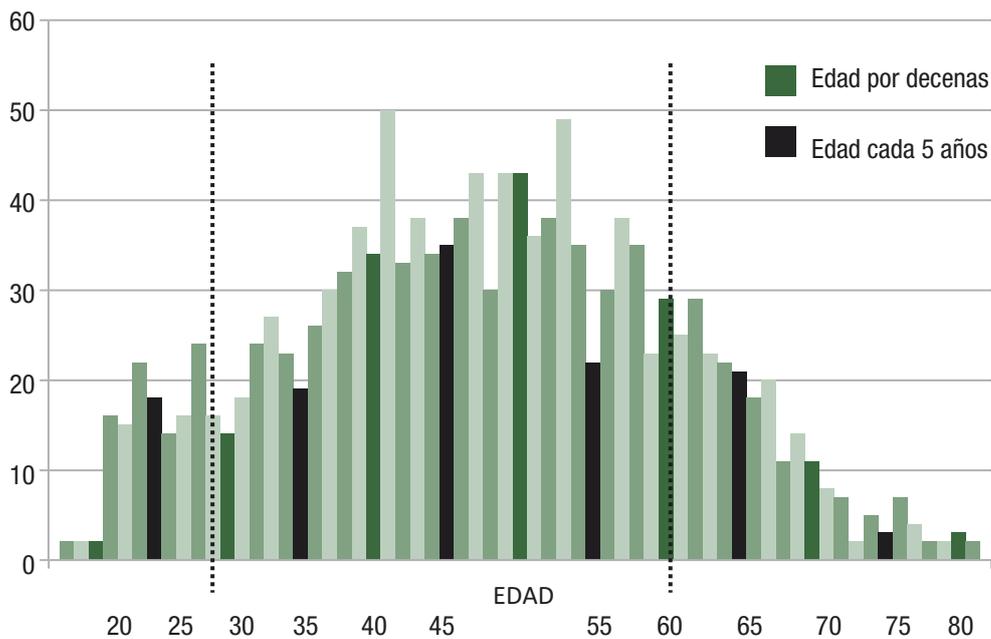


Gráfico 3: Edad de la muestra de las pcdi participantes en el estudio.

A lo largo de todo el estudio se ha categorizado la variable edad en los intervalos de 18 a 29, de 30 a 44, de 45 a 60, entre 61 y 75 y más de 75. A continuación, se clasifica la muestra participante en el estudio en función de dichos intervalos de edad y el porcentaje correspondiente.

INTERVALOS DE EDAD	Frecuencia	%
Entre 18 a 29	147	10,55%
Entre 30 y 44	439	31,51%
Entre 45 y 60	567	40,71%
Entre 61 y 75	219	15,72%
Más de 75	21	1,51%
Total	1.393	100%

Tabla 11: Intervalos de edad de las pcdi participantes en el estudio

Si contrastamos la edad con el sexo de los participantes, no se observa relación significativa alguna entre las variables.

Tipo de centro

La distribución de la muestra por tipo de centro se muestra a continuación:

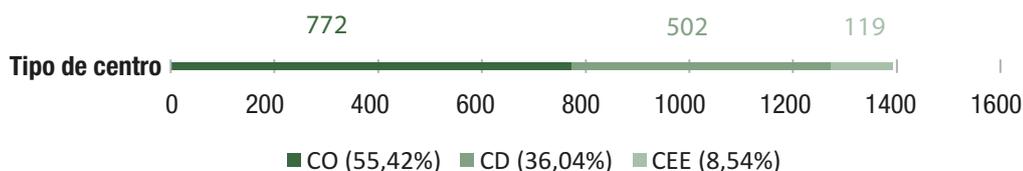


Gráfico 4 _ Distribución de la muestra participante por tipo de centro

Es en los CO dónde se encuentran el porcentaje mayor de las personas evaluadas.

El **sexo** no se relaciona de manera significativa con el tipo de centro.

El **tipo de centro** muestra una relación significativa con la variable **edad** ($\chi^2(10)=127,617$; $p<0,001$), la proporción de pcdi a las que se les apoya en un CD tiene una edad superior en comparación con aquellas que se desarrollan su actividad en un CO y/o un CEE.

	Intervalos de edad									
	18-29		30-44		45-60		>61		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
CO	94 _a	63,9	225 _b	51,3	359 _a	63,3	94 _c	39,17	772	55,42
CD	46 _a	31,3	148 _a	33,7	163 _a	28,7	145 _b	60,42	502	36,04
CEE	7 _a	4,8	66 _b	15,0	45 _a	7,9	1 _c	0,41	119	8,54
Total	147	100	439	100	567	100	240	100	1.393	100

Tabla 12: Edad de las pcdi participantes según el tipo de centro

A continuación se muestra de manera visual, la edad media en cada tipo de centro, observando, un aumento de la misma en los CD.

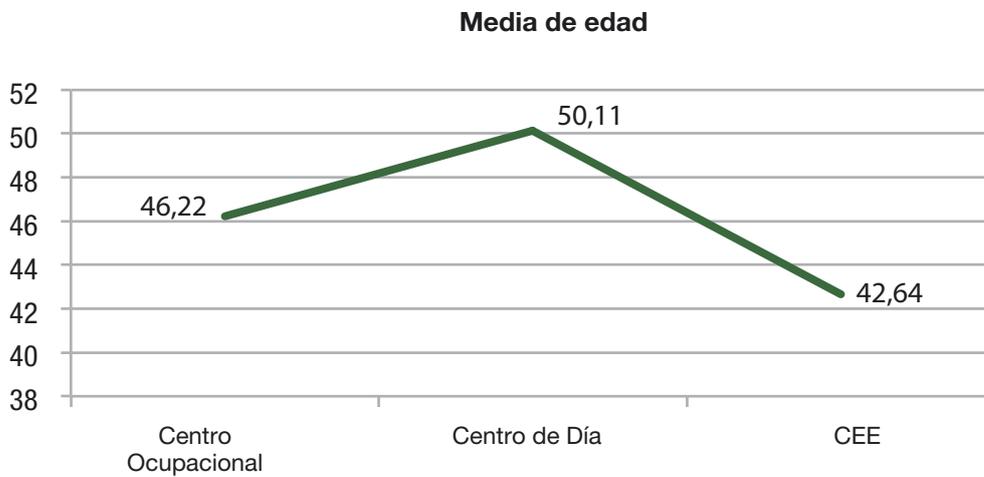


Gráfico 5: Representación de edad media en cada tipo de centro.

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% intervalo confianza		Mín	Máx
					Límite inf	Límite sup		
CO	772	46,22	12,189	,439	45,36	47,08	18	79
CD	502	50,11	14,614	,652	48,83	51,39	18	84
CEE	119	42,64	8,352	,766	41,12	44,15	24	62
Total	1.393	47,31	13,055	,350	46,63	48,00	18	84

Tabla 13 _ Pruebas de igualdad de medias (Anova): intervalos de edad y tipo de centro.

Ámbito

Esta variable se refiere al ámbito (rural o urbano) donde se encuentra el centro donde se presta apoyo a la pcdi participante en el estudio.

En la muestra de 1.393 pcdi, se observa que a 665 pcdi se les apoya en centros o servicios de ámbito rural y a 727 pcdi se les apoya en centros o servicios de ámbito urbano.

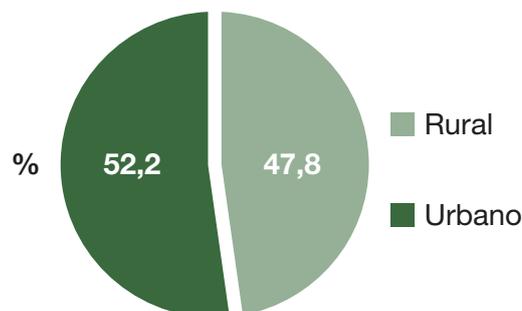


Gráfico 6: Distribución de la muestra según ámbito

Si contrastamos el ámbito del servicio donde se apoya a la pcdi con el **sexo** de los participantes, no se observa relación significativa alguna entre las variables.

Lo mismo ocurre entre esta variable (ámbito) y la **edad** de los participantes.

El **tipo de centro** en función del **ámbito** donde éste se encuentre, sí muestra diferencias significativas ($X^2(2) = 17,842; p < 0,001$), dejando entrever que los CD y los CEE son más numerosos en el ámbito urbano, mientras que los CO son más numerosos en el ámbito rural.

	Tipo de centro			Total
	CO	CD	CEE	
Rural	415	211	39	665
Urbano	357	291	80	728
Total	772	502	119	1.393

Tabla 14: Tabla distribución de la muestra por tipo de centro en función del ámbito.

Provincia

Las pcdi participantes según la provincia donde residen y/o se les apoya, se distribuyen así:

	AV	BU	LE	PA	SA	SO	VA	ZA	TOTAL
Nº Pcdi	96	196	173	199	268	17	236	208	1.393

Tabla 15 _ Distribución de la muestra en función de la provincia (Fr)

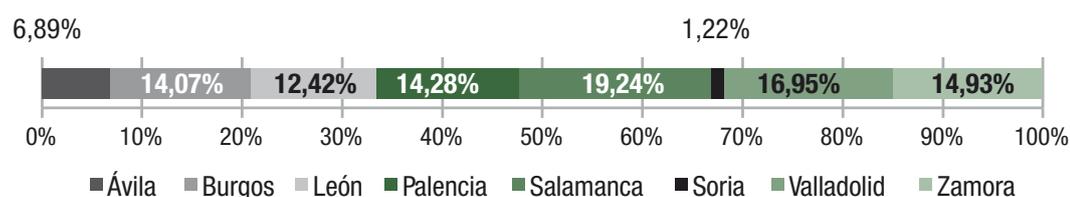


Gráfico 7: Distribución de la muestra en función de la provincia (%)

El **sexo** de las pcdi participantes y la **edad** no muestran relación significativa con la **provincia**. Tampoco el ámbito donde se encuentre el servicio.

En cuanto a la provincia donde está situado el centro y el **tipo de servicio**, hay diferencias significativas ($X^2(7) = 324,929a; p < 0,001$). Se observa una mayor proporción de pcdi en los CEE en Valladolid, en los CD en Burgos y en los CO en Soria sobre el total de pcdi participantes en el estudio por provincia.

		Tipo de centro			Total
		CO	CD	CEE	
Ávila	Fr	44	48	4	96
	%	5,7%	9,56%	3,36%	6,89%
Burgos	Fr	87	98	11	196
	%	11,27%	19,52%	9,24%	14,07%
León	Fr	85	75	13	10,48
	%	11,01%	14,94%	10,92%	12,42%
Palencia	Fr	114	73	12	199
	%	14,77%	14,54%	10,08	14,29%
Salamanca	Fr	154	89	25	268
	%	19,95%	17,73%	21,01%	19,24%
Soria	Fr	17	-	-	17
	%	2,20%	-	-	1,22%
Valladolid	Fr	123	65	48	236
	%	15,93%	12,95%	40,35%	16,94%
Zamora	Fr	148	54	6	208
	%	19,17%	10,76%	5,04%	14,93%
Total		772 55,42%	502 36,04%	119 8,54%	1.393

Tabla 16: Distribución de la muestra en función del tipo de centro y la provincia

Porcentaje de discapacidad

A lo largo de todo el estudio se ha categorizado esta variable en los siguientes intervalos:

33-64%, 65-74% y mayor de 74%.

Sobre la muestra total de pcdi sobre las que se cumplimentó este cuestionario (1.393), se conoce el porcentaje de discapacidad de 1.365 pcdi; un 2,02% no tiene o desconoce. Casi el 48% tiene más de un 74 % de discapacidad.

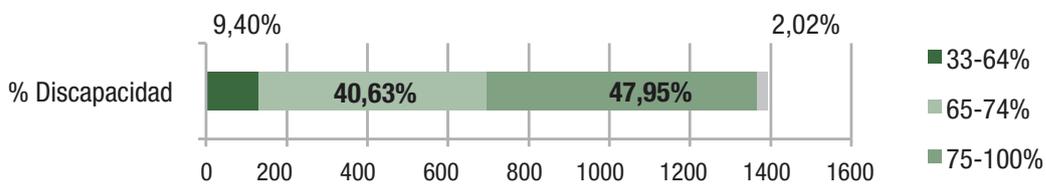


Gráfico 8: Distribución de la muestra en función del % de discapacidad

El porcentaje de discapacidad medio de las pcdi participantes en el estudio es de 73% (X=73,11% , $\alpha = 13,183$).

El **sexo** no muestra diferencias significativas según el **porcentaje** de discapacidad de las pcdi. Tampoco en el **ámbito** y la **provincia**, ni el **tiempo de institucionalización**.

Respecto a la **edad**, sí existen diferencias significativas en la **edad media** de los distintos grupos ($X^2(2) = 396,009$; $p = 0,002$) y el **porcentaje de discapacidad**.

El porcentaje de discapacidad aumenta a medida que aumenta la edad de las pcdi.

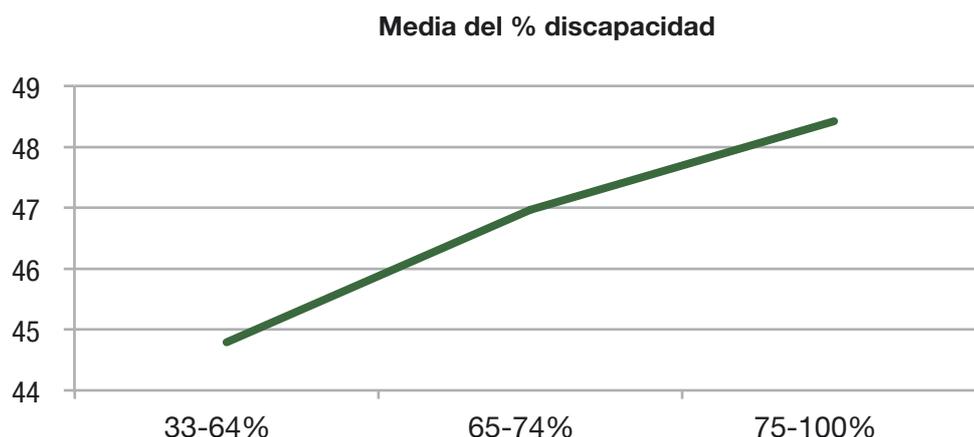


Gráfico 9: Representación de la media del % de discapacidad en cada grupo de edad

El **porcentaje de discapacidad** dependiendo del **tipo de centro** refleja diferencias significativas ($X^2(4) = 455,360$; $p < 0,001$) en los tres tipos de centros. Se observa que las pcdi con mayores niveles de apoyo asisten a CD, mientras que las pcdi con menor porcentaje de discapacidad, asisten a CEE.

	Intervalos % de discapacidad					
	33-64		65-74		75-100	
	Recuento	% del N	Recuento	% del N	Recuento	% del N
CO	65 _a	49,6%	401 _b	70,8%	287 _a	43,0%
CD	6 _a	4,6%	113 _b	20,0%	376 _c	56,3%
CEE	60 _a	45,8%	52 _b	9,2%	5 _c	0,7%
Total	131	100%	566	100%	668	100%

Tabla 17: Pcdi participantes según su % de discapacidad y el centro donde se encuentren

Nivel de discapacidad

También se ha analizado el **nivel de discapacidad**, constatando que el grupo mayoritario (36,46%) son personas con DI moderada, seguido de un 35,17% con DI leve y ligera. Un 19,02% grave o severa.

Nivel DI	Límite	Leve o ligero	Moderado	Grave severo	Profundo	No especificado	Total usuarios
Total Fr.	97	490	508	265	27	6	1.393
Total %	6,96%	35,17%	36,46%	19,02%	1,93%	0,43%	100%

Tabla 18: Distribución de la muestra en función del nivel de discapacidad intelectual.

El **sexo** no tiene relación significativa con el nivel de DI, al igual que sucede con el **ámbito y la provincia y el tiempo de institucionalización**.

Respecto a la **edad**, sí se observan diferencias significativas en la edad media de los grupos ($F(5) = 5,243$; $p < 0,001$), analizada a través de un anova, observando medias de edad más altas en los niveles moderado y grave

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para media			
					Límite inf	Límite sup	Mín	Máx
Límite	97	45,33	10,411	1,057	43,23	47,43	22	72
Leve o ligero	490	45,42	11,971	,541	44,36	46,48	20	77
Moderado	508	49,08	13,634	,605	47,89	50,27	17	80
Grave/severo	265	48,44	13,673	,840	46,79	50,10	22	84
Profundo	27	43,96	15,627	3,007	37,78	50,14	22	71
No especific	6	50,00	21,909	8,944	27,01	72,99	22	84
Total	1.393	47,31	13,055	,350	46,63	48,00	17	84

Tabla 19: Edad media de los participantes en función del nivel de DI que presenten. Anova.

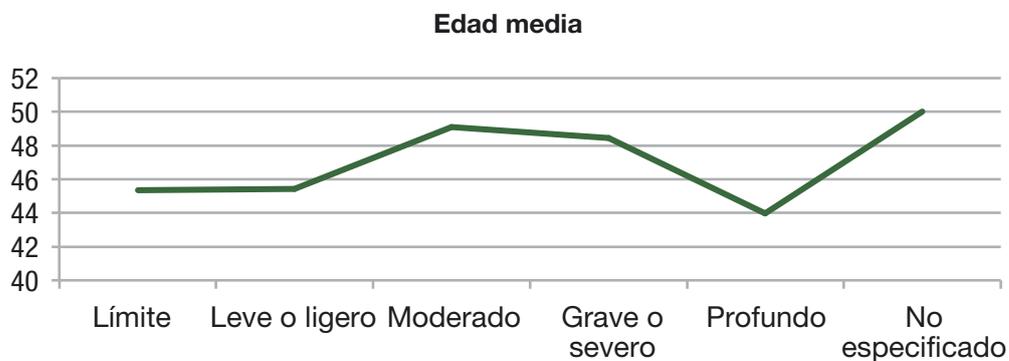


Gráfico 10: Representación de la edad media de los participantes en función del nivel DI

El nivel de DI por el tipo de centro en el que se apoya a la pcdi se relaciona de manera significativa ($\chi^2(10)=417,590$; $p<0,001$), observando que a los CEE acuden pcdi con niveles límite y ligero, en los CO se apoya a pcdi con niveles más bajos de DI (límite, ligero y moderado) y en los CD a las pcdi con niveles de mayor gravedad (severo y profundo).

		Límite		Ligero		Moderado		Grave/severo		Profundo		No específico		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
CENTRO	CO	63 _a	64,9	332 _a	67,8	301 _a	301 _a	72 _{b,c}	27,2	1 _b	3,7	3 _{a,c}	50,0	772	55,4
	CD	12 _a	12,4	67 _a	13,7	201 _b	201 _b	193 _{c,d}	72,8	26 _c	96,3	3 _{a,b,d}	50,0	502	36,0
	CEE	22 _a	22,7	91 _a	18,6	6 _b	6 _b	01	0,0	01	0,0	01	0,0	119	8,5
	Total	97	100	490	100	508	508	265	100	27	100	6	100	1.393	100

Tabla 20: Relación entre el nivel de DI y el tipo de centro

El nivel de discapacidad intelectual y dónde reside la pcdi habitualmente (residencia o piso tutelado) se relaciona de manera significativa ($\chi^2(5) = 94,268$; $p<0,001$).

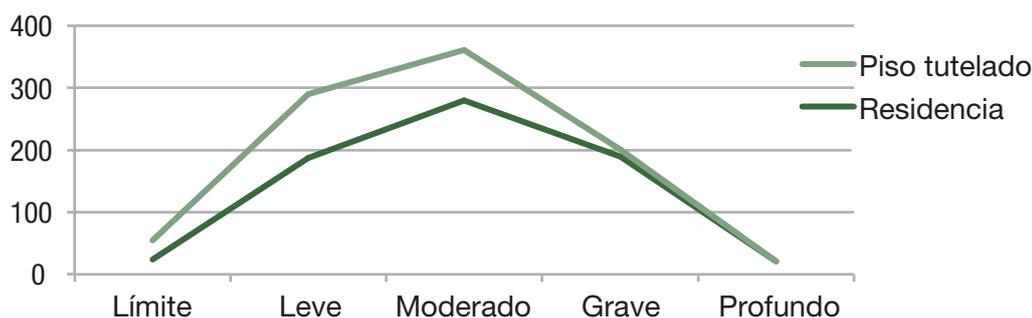


Gráfico 11: Lugar de residencia (institución) de la pcdi en función del nivel DI

Estas diferencias se observan en todos los niveles de DI. Específicamente la proporción de pcdi con nivel límite es significativamente mayor en los pisos tutelados, mientras que en los niveles restantes se observa que la frecuencia es superior en el ámbito de la residencia.

Grado de dependencia

De las 1.393 pcdi que conforman la muestra, no tienen valorado el nivel de dependencia 166 pcdi (11,92%). Solo 70 (5,02%) no son dependientes. Asimismo, un 35,32% presenta grado 2 (severo), un 24,19% son grado 3 (gran dependiente) y grado 1 (moderado) un 23,55%

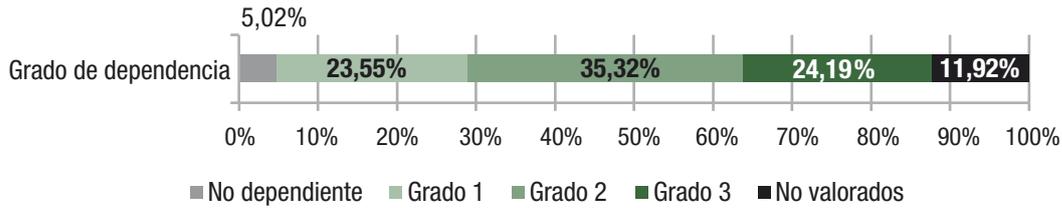


Gráfico 12: Distribución de la muestra en función del grado de dependencia

La edad media según el grado de dependencia se muestra en este anova y posterior gráfico. Se observa que la media de edad en las personas con DI con grado 2 y 3 es más elevada que en el grado 1, especialmente, entre los no dependientes.

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza			
					Límite inf	Límite sup	Mín	Máx
Grado 1 (Moderado)	328	46,89	11,678	,645	45,62	48,16	18	74
Grado 2 (Severo)	492	48,51	13,480	,608	47,32	49,71	19	84
Grado 3 (Gran dependiente)	337	48,35	14,433	,786	46,80	49,90	17	84
No dependiente	70	44,70	10,741	1,284	42,14	47,26	24	76
No valorado	166	43,59	11,428	,887	41,84	45,34	18	76
Total	1.393	47,31	13,055	,350	46,63	48,00	17	84

Tabla 21_ Media de edad en función del grado de dependencia. Anova.

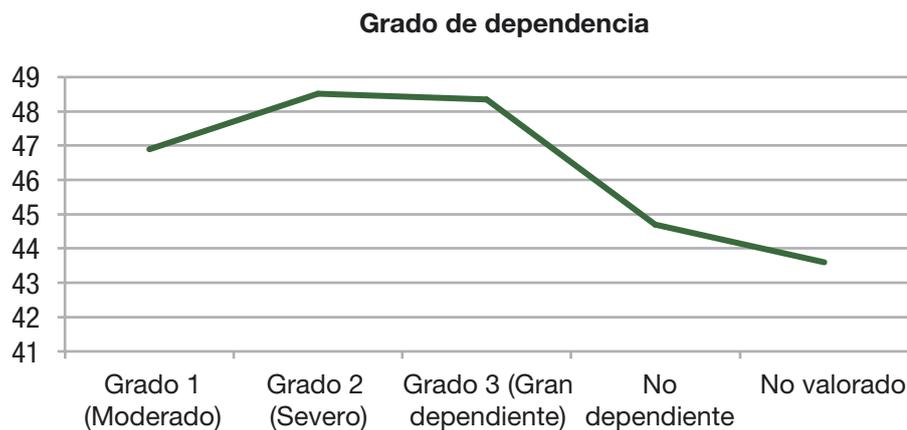


Gráfico 13: Representación del grado de dependencia sobre la media de edad.

El **sexo** con esta variable, tampoco se relaciona de manera significativa. Lo mismo sucede con el ámbito y la provincia.

Con respecto a la **edad** (agrupada en intervalos), el **grado de dependencia** sí muestra diferencias significativas ($\chi^2_{(20)}=51,522$; $p < 0,001$), concretamente en el intervalo entre 66 y 79 años, en el que es más frecuente que tengan grado 2 y 3, que grado 1.

		Grado de dependencia reconocido											
		Grado 1 Moderado		Grado 2 Severo		Grado 3 Gran dependiente		No dependiente		No valorado		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
E D A D	18-29	32 _a	9,8	52 _a	10,6	39 _a	11,6	6 _a	8,6	18 _a	10,8	147	10,6
	30-44	93 _a	28,4	145 _a	29,5	95 _a	28,2	30 _{a,b}	42,9	76 _b	45,8	439	31,5
	45-60	157 _a	47,9	194 _a	39,4	130 _a	38,6	28 _a	40,0	58 _a	34,9	567	40,7
	61-65	31 _a	9,5	47 _a	9,6	31 _a	9,2	4 _a	5,7	7 _a	4,2	120	8,6
	66-79	15 _a	4,6	51 _b	10,4	39 _b	11,6	2 _{a,b}	2,9	7 _{a,b}	4,2	114	8,2
	>80	01	0,0	3 _a	0,6	3 _a	0,9	01	0,0	01	0,0	6	0,4
	Total	328	100	492	100	337	100	70	100	166	100	1.393	100

Tabla 22: Relación entre el grado de dependencia y la edad.

Las variables **grado de dependencia** y **tipo de centro** se relacionan de manera significativa ($\chi^2(8) = 822,172$; $p < 0,001$).

En los tres tipos de centros se observa una relación significativa según aumenta el grado de dependencia; es decir, en los centros de día el número de pcdi y alteraciones de la salud mental con un alto grado de dependencia es mayor que en un CEE. En los CO, es significativamente menor el número de pcdi que tienen grado 3.

		Grado de dependencia reconocido											
		Grado 1 Moderado		Grado 2 Severo		Grado 3 Gran dependiente		No dependiente		No valorado		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
CO	277 _a	84,5	319 _b	64,8	83 _c	24,6	42 _b	60	51 _c	30,7	772	55,4	
CD	41 _{a,d}	12,5	171 _b	34,8	254 _c	75,4	2 _a	2,9	34 _d	20,5	502	36,0	
CEE	10 _a	3,0	2 _b	0,4	01	0,0	26 _c	37,1	81 _c	48,8	119	8,5	

Tabla 23: Distribución de la muestra en función del grado de dependencia y el tipo de centro

Puntuación ICAP

A un total de 1.210 pcdi (el 86,86% de la muestra) se les ha aplicado la Escala ICAP, siendo esta aplicación relativamente reciente (al 71,3% se les ha pasado en los últimos cuatro años (2013-2016)).

Se observa en las puntuaciones que un 33,47% de las pcdi a las que se les ha aplicado esta escala tiene una puntuación entre 70 y 100 (apoyo intermitente o supervisión), un 37,68% puntúan entre 50 y 69 (apoyos limitados) y un 28,51% de 0 a 49 (apoyo extenso y generalizado).

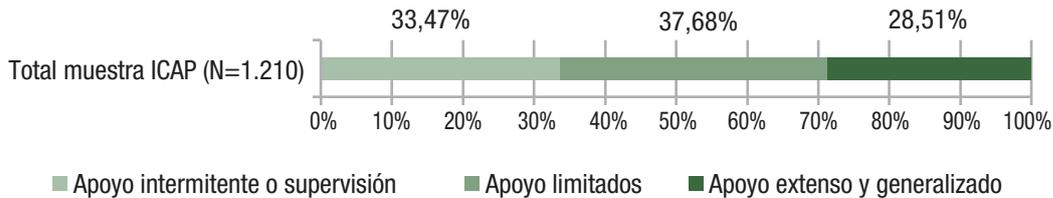


Gráfico 14: Distribución de la muestra en función de las puntuaciones obtenidas en el ICAP

Los CO son los centros de mayor porcentaje de aplicación con un 50,28%, frente a un 32,08% de los CD y solo un 4,48% en los CEE.

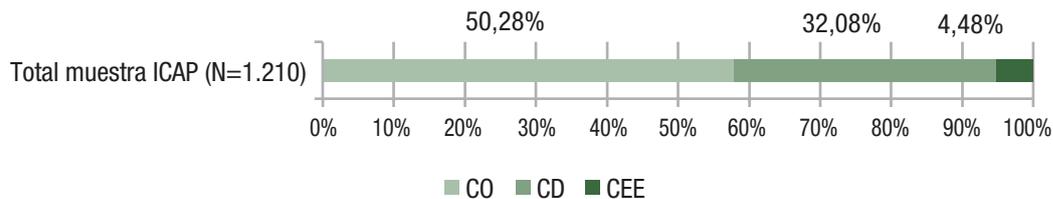


Gráfico 15: Distribución de la muestra según la aplicación del ICAP según el tipo de centro

El hecho de aplicarse o no esta prueba, y **la puntuación** obtenida en este inventario no se relacionan de manera significativa con el **sexo**, con la **edad**, con el **ámbito**, ni con la **provincia**.

El grado de dependencia tampoco se relaciona significativamente con la puntuación ICAP ($F_1=142,202$; $=0,054$).

La relación entre la **puntuación ICAP** y el **tipo de centro** donde se ha aplicado este inventario es significativa ($F^{(2)}=8,496$; $p < 0,001$), concretamente se muestra que las pcdi que trabajan en los CEE obtienen una puntuación significativamente mayor que las pcdi a las que se presta apoyo en un CO y en un CD.

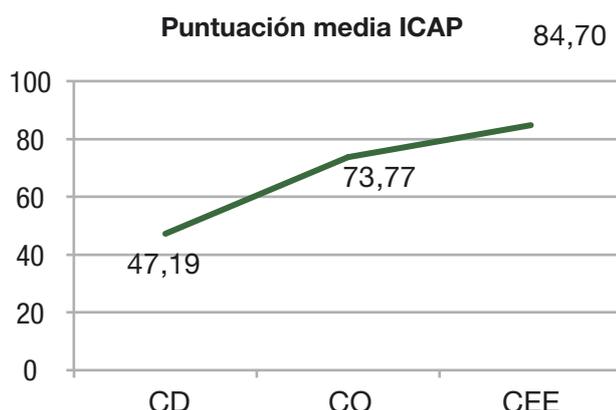


Gráfico 16: Representación de la puntuación media en el ICAP en función del tipo de centro

En el siguiente análisis de comparaciones múltiples se observa una diferencia de puntuaciones medias de 26 puntos entre los CO y los CD y aún mayor de 37 puntos entre los CD y CEE, lo que muestra que las mayores diferencias en las puntuaciones medias del ICAP se dan entre las pcdi se encuentran en los CD y los CEE.

En otras palabras, a los CEE acuden pcdi con puntuaciones medias en el ICAP mayores (apoyo intermitente o supervisión) en comparación con los CD (con puntuaciones acordes a un apoyo generalizado).

	CD / CO		CEE	
	Dif de medias	Sig.	Dif de medias	Sig.
T3 Dunnett	CO	26,581*	-10,939	P=0,095
	CD	-26,581*	-37,519*	P<0,001
			37,519*	P<0,001

Tabla 24: Tabla de comparaciones múltiples entre los diferentes centros y la puntuación ICAP

En cuanto al cruce del **porcentaje de discapacidad** con la **puntuación** obtenida en dicho inventario, se observa una relación significativa ($F_2 = 7,243$; $p = 0,001$). De esta manera a mayor porcentaje de discapacidad, puntuación más baja en el ICAP y por ende, apoyo más extenso o generalizado (esto se da solo a partir del 67% de severidad).

Además, las personas con porcentaje de discapacidad de 67 a 82% y mayor de 82% constituyen un subconjunto homogéneo (i.e., sin diferencias significativas en sus medias) que se diferencia significativamente de los grupos con porcentaje de discapacidad inferior a 66.

(I) %discapac recodificad	(J) %discapac recod	Scheffe		Sig.	95% del intervalo de confianza	
		Dif. medias (I-J)	Error estándar		Límite inf	Límite sup
Menos de 66	De 67 a 82	22,321*	7,849	0,018	3,08	41,56
	Más de 82	32,884*	8,909	0,001	11,05	54,72
De 67 a 82	Menos de 66	-22,321*	7,849	0,018	-41,56	-3,08
	Más de 82	10,563	7,896	0,409	-8,79	29,91
Más de 82	Menos de 66	-32,884*	8,909	0,001	-54,72	-11,05
	De 67 a 82	-10,563	7,896	0,409	-29,91	8,79

Tabla 25: Puntuaciones obtenidas en el ICAP y la relación con el % de discapacidad. Prueba de comparaciones múltiples.

La relación entre el nivel de discapacidad intelectual y la puntuación ICAP resulta significativa ($F_5 = 4,898$; $p < 0,001$) entre los niveles límite y severo ($p = 0,038$) donde se observa una diferencia de medias de 52 puntos entre ambas. A mayor nivel de DI, menor puntuación en el ICAP (apoyo extenso o generalizado) y a menor nivel de DI (límite, ligero), mayores puntuaciones medias se observan (apoyo intermitente o supervisión).

Scheffe		Grave o severo		Límite	
		Dif. de medias	Sig.	Dif. de medias	Sig.
	Límite	52,222*	0,038	-	-
Grave o severo	-	-	-52,222*	0,038	

Tabla 26: Relación entre el nivel de DI y la puntuación obtenida en el ICAP

A continuación se muestra esta relación en un gráfico y a través del análisis Scheffe.

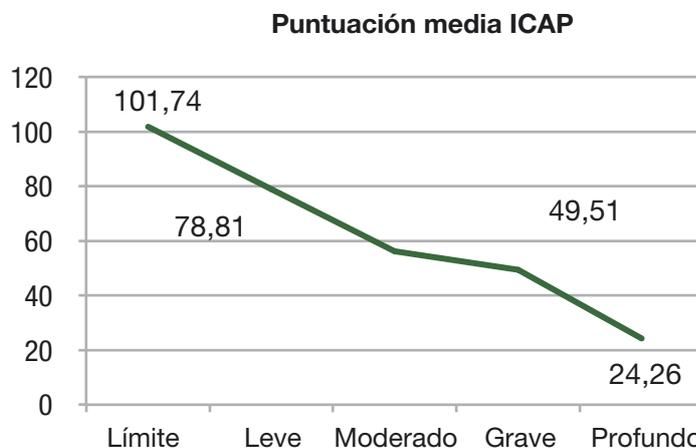


Gráfico 17: Representación de la puntuación media en el ICAP según el nivel de DI

Puntuación SIS

La SIS (Escala de Intensidad de Apoyos) se ha aplicado a un 38,26% (533 pcdi) de las pcdi participantes en el estudio sobre los que se obtuvo información más exhaustiva (N=1.393). De aquellas a las que se les ha pasado este instrumento de evaluación, un 34,33% se ha aplicado en el año 2016, un 21,57% en el 2012 y el resto (44,1%) entre 2011-2010.

Se analizan las puntuaciones obtenidas por tramos, y destaca que el 45,03% de las pcdi a las que se les ha evaluado con esta herramienta tienen una puntuación de entre 100-116 (nivel III de apoyo), seguido de un 30,77% con puntuaciones del nivel II de apoyo.

Puntuación	Aplicación de la SIS	% Aplicación SIS
Más de 116	35	6,56%
De 100 a 116	240	45,03%
De 85 a 99	164	30,77%
Menos de 85	94	17,64%
Total (N= 1.393)	533	100%

Tabla 27: Distribución en función del grado de la aplicación de la SIS y su puntuación

La aplicación de esta escala y la **puntuación** obtenida, no se relacionan de manera significativa con el sexo. Lo mismo ocurre con el ámbito y la provincia y el grado de dependencia.

En el caso de relacionar la puntuación de la **escala SIS** en función de la **edad** de los participantes, se obtienen diferencias significativas ($X^{2(4)} = 22,855a$; $p=0,006$), en mayor medida en los participantes de 57 años; es decir, que las pcdi de más de 57 años, tienen una puntuación más alta en esta escala (más necesidades de apoyo).

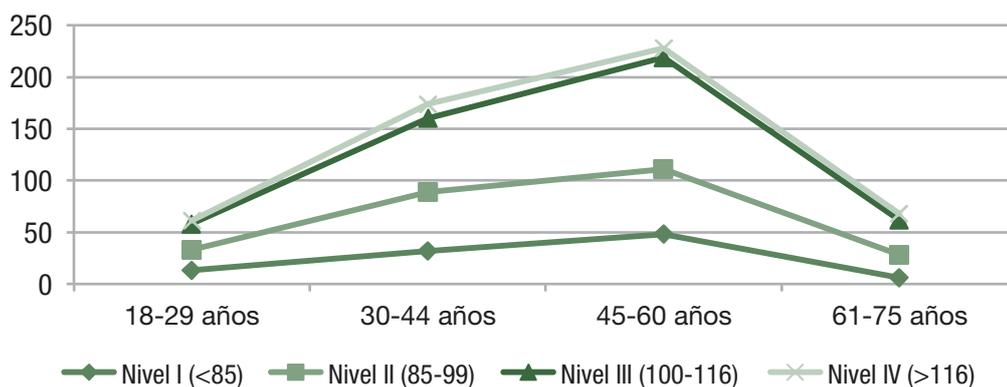


Gráfico 18: Distribución de la puntuación en la escala SIS según los intervalos de edad.

Existe una relación entre la **puntuación SIS** y el **tipo de centro** dónde se presta apoyo a la pcdi participante; esta relación es significativa entre los CO y los CD ($X^{2(2)}=8,496$; $p<0.0001$), pero no se muestran estas diferencias en ninguno de los CEE.

En los CD el nivel de apoyo que se presta a las pcdi es significativamente mayor y por tanto la puntuación en la escala SIS también lo es.

El porcentaje de discapacidad y las puntuaciones obtenidas en la escala SIS muestran una relación significativa ($F_2=10,515$ $P<0,001$).

Las personas con porcentaje de discapacidad menor de 66% y de 67 a 82% constituyen un subconjunto homogéneo (sin diferencias significativas en sus medias) que se diferencia significativamente del grupo con porcentaje superior a 82%.

Índice de necesidades de apoyo: puntuación y percentil (Scheffe)					95% del intervalo de confianza	
(I) %discapac recodificado	(J) %discapac recodificado	Difer de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Límite inf	Límite sup
Menos de 66	De 67 a 82	-3,769	2,029	0,179	-8,75	1,21
	Más de 82	-10,183*	2,268	0	-15,75	-4,62
De 67 a 82	Menos de 66	3,769	2,029	0,179	-1,21	8,75
	Más de 82	-6,414*	1,975	0,005	-11,26	-1,57
Más de 82	Menos de 66	10,183*	2,268	0	4,62	15,75
	De 67 a 82	6,414*	1,975	0,005	1,57	11,26

Tabla 28: Puntuaciones obtenidas en la SIS y la relación con el % de discapacidad. Análisis comparativo Post-Hoc.

Modificación de la capacidad

Los datos muestran que en un 2,44% se desconoce esta información; un 23,47% de las pcdi del estudio no tienen modificada la capacidad y el 74,08% restante de la muestra sí.

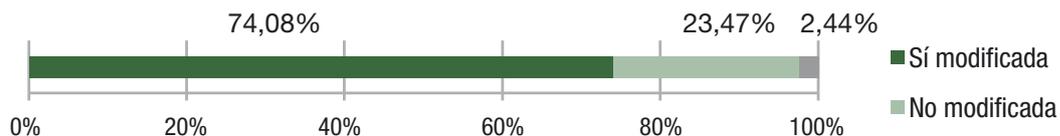


Gráfico 19: Distribución de la muestra en función de la modificación de la capacidad

De estas 1.032 pcdi que tienen modificada la capacidad (74,08%), el 7,46% es de tipo parcial, mientras que el 92,53% tiene modificada la capacidad de manera total.

Del total de pcdi que asisten a un CD (502 pcdi), el 87,25% tienen modificada la capacidad; de este porcentaje el 87,05% tiene incapacidad total y 0,2% parcial. En los CO (772 pcdi que cumplen alguno de los criterios), el 71,76% tiene modificada la capacidad; por un lado, el 65,54% de manera total y el 6,21% parcial. En los CEE, de 119 pcdi incluidas en el estudio, un 33,61% tiene modificada la capacidad; 10,08% de manera total y 23,58% parcial.

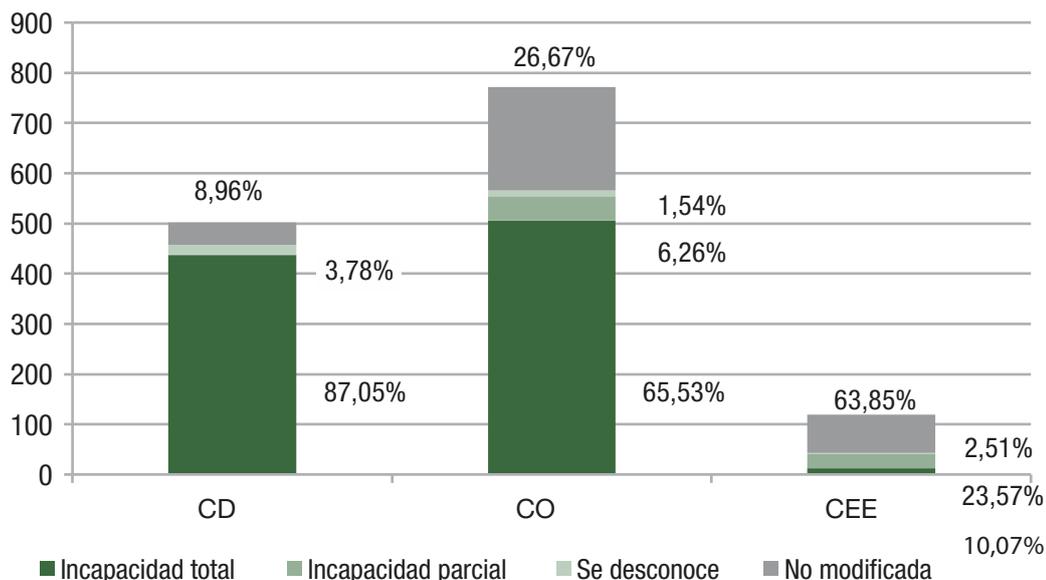


Gráfico 20: Grado de modificación de la capacidad en función del tipo de centro

La **modificación de la capacidad** no se relaciona significativamente con el sexo ni con la edad, ni con el tipo de centro, el ámbito y la provincia.

De las 1.032 que tienen modificada la capacidad, observamos que casi un 7% (6,98%) tienen un porcentaje de discapacidad <65%, un 38,46% se encuentran en el intervalo entre 65 y 75% de discapacidad y más de la mitad (54,55%) tiene un porcentaje de discapacidad >75%.

Modificación de la capacidad	% de discapacidad			
	33-64%	65-74%	75-100%	Total
	Sí	72	397	563

Tabla 29: Tabla de las pcdi con la capacidad modificada según su % de discapacidad

Se observa un mayor porcentaje de pcdi con la capacidad modificada a medida que aumenta su nivel de DI. En la siguiente tabla se aprecia de manera más visual:

Modificación de la capacidad	Nivel de discapacidad						Total
	Límite	Leve ligero	Moderado	Grave severo	Profundo	No especificado	
Sí	52	291	412	246	26	5	1.032
Total de la pcdi (nivel DI)	97	490	508	265	27	6	1.393
%	53,61	59,38	81,10	92,83	96,29	83,33	74,08



Tabla 30: Tabla del % total de tener modificada la capacidad según el nivel de DI

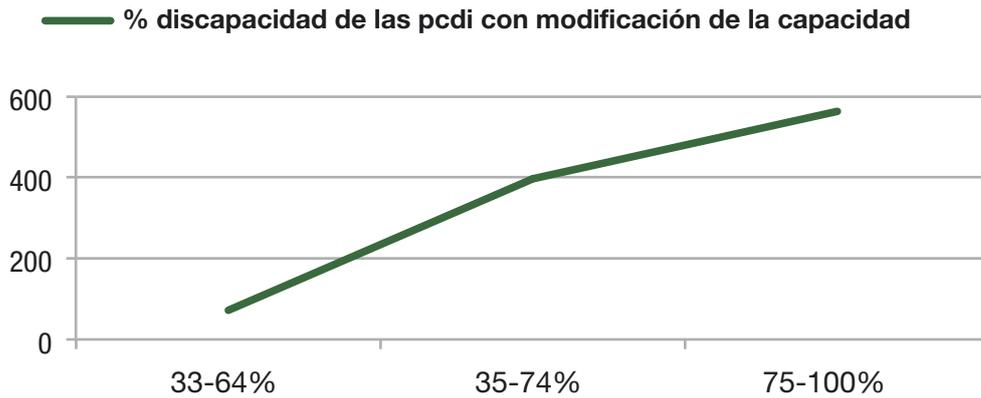


Gráfico 21: Representación de las pcdi con la capacidad modificada y su % de discapacidad

De entre las 1.032 pcdi que tienen modificada la capacidad, un 0,49 % no tiene especificado el nivel de DI. El resto de pcdi que tienen modificada la capacidad se contemplan en una alta proporción (39,93%) en un nivel de DI moderado.

		Nivel de discapacidad						Total
Modificación de la capacidad		Límite	Leve ligero	Moderado	Grave severo	Profundo	No especificado	
	Sí	52	291	412	246	26	5	1.032
	%	5,04	28,19	39,93	23,83	2,52	0,49	100

Tabla 31_ Tabla de las pcdi con la capacidad modificada según su nivel de discapacidad

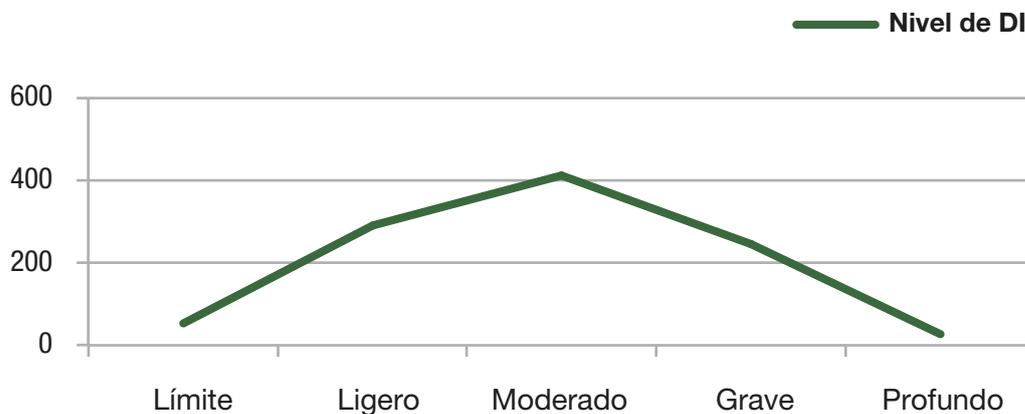


Gráfico 22: Capacidad modificada según su nivel de discapacidad

Del mismo modo, a continuación se muestran los datos de las pcdi que tienen modificada la capacidad sobre su **grado de dependencia** reconocido. Se observa un aumento del número de pcdi con la capacidad modificada en función del grado de dependencia reconocido.

Grado de dependencia reconocido							
Modificación de la capacidad		No dependiente	Grado 1 Moderado	Grado 2 Severo	Grado 3 Gran dependiente	No valorado	Total
	Sí	25	241	383	295	88	1.032
	%	2,42	23,35	37,11	28,59	8,53	100

Tabla 32: Tabla de las pcdi con la capacidad modificada según su grado de dependencia

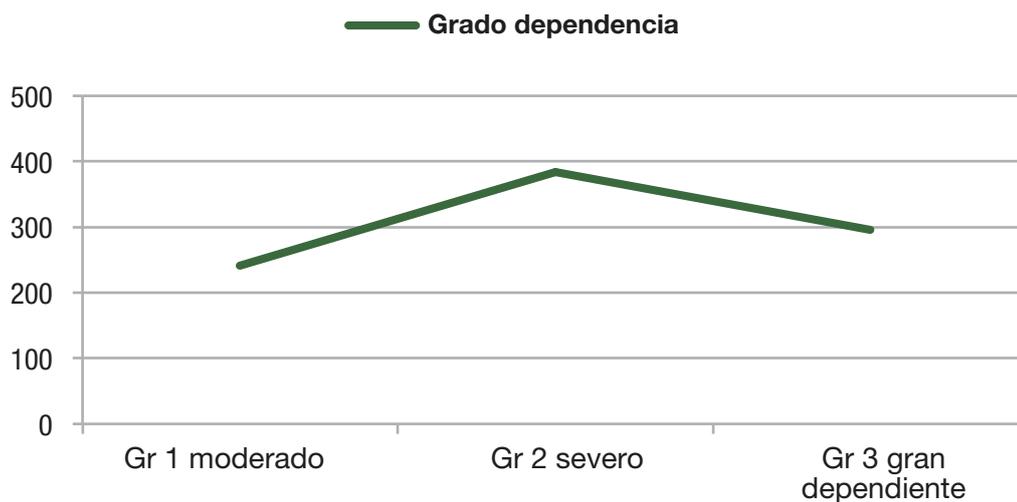


Gráfico 23: Representación de las pcdi con la capacidad modificada según su grado de dependencia

Por otro lado, de las 1.032 pcdi que tienen modificada la capacidad, en un 82,36% (850 pcdi) es la familia cercana (padres y hermanos) quienes ejercen como **tutor o curador** ; en un 3,68% (38 pcdi) es la familia extensa (otros familiares) y en un 13,76% (142 pcdi) es la Institución, Asociación o Fundación tutelar quién tiene esa responsabilidad.

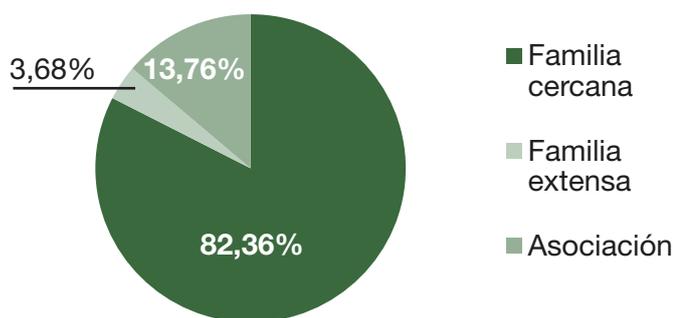


Gráfico 24: Figura del tutor curador

Del 0,2% restante, hay 2 únicos casos, de los que se desconoce esta información.

Lugar de residencia

De la muestra conformada por 1.393 pcdi, 437 pcdi (31,37%) viven en el entorno familiar y 956 pcdi (68,63%) en recursos diferentes a la familia.

- **Ámbito o entorno familiar:** del total de pcdi que viven dentro de su entorno familiar (N=437), el 86,8% residen con sus padres, el 8,77% con sus hermanos, el 1,15% con otros familiares (tíos y abuelos) y el 3,23% restante independiente en su casa solo o con su pareja.

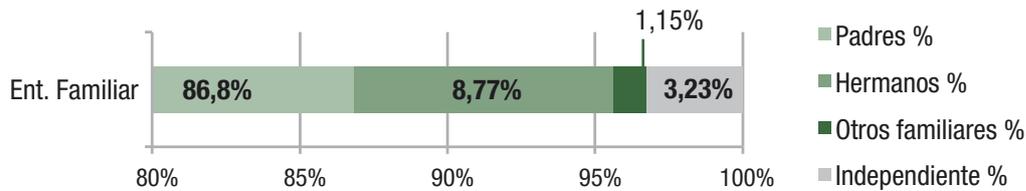


Gráfico 25: Porcentaje de pcdi que residen en el ámbito familiar (especificado)

- **Recursos diferentes a la familia:** del total de las pcdi que viven en recursos diferentes a la familia (N=956), el 72,17% viven en una residencia, el 23,64% en pisos tutelados y el resto, (4,19%) en otros (vivienda propia, piso alquilado...).

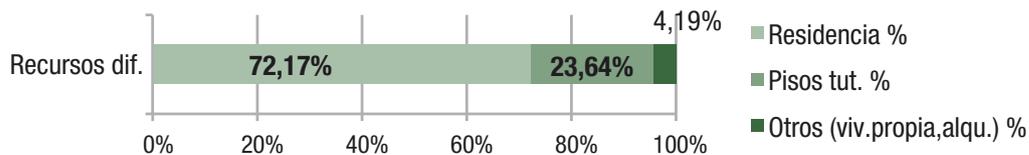


Gráfico 26: Porcentaje de pcdi que residen en recursos diferentes a la familia (especificado)

El **sexo** no se relaciona de manera significativa con el lugar de residencia de la pcdi. Lo mismo ocurre con el ámbito y la provincia.

La **edad** y la variable lugar de residencia habitual (entorno familiar o recursos diferentes a la familia), se relaciona significativamente ($X^{2(2)} = 150,538_a$; $p < 0,001$). La proporción de personas que residen en un recurso diferente al familiar es significativamente mayor, a medida que aumenta la edad.

	Intervalos de edad									
	18-29		30-44		45-60		>61		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Entorno familiar	85	19,45	202	46,21	131	30	19	4,34	437	100
R. dif a la familia	62	6,48	237	24,79	436	45,61	221	23,12	956	100
Total	147	10,56	439	31,51	567	40,70	240	17,23	1.393	100

Tabla 33: Tabla que muestra el lugar de residencia de la pcdi en función de la edad

El **grado de dependencia reconocido** y **dónde reside la persona** (entorno familiar o recursos diferentes a la familia) se relacionan de manera significativa ($X^{2(4)} = 61,451$; $p < 0,001$).

Las pcdi con grado de dependencia (1, 2 o 3) residen en mayor medida en recursos diferentes de la familia que aquellas no dependientes o sin valorar.

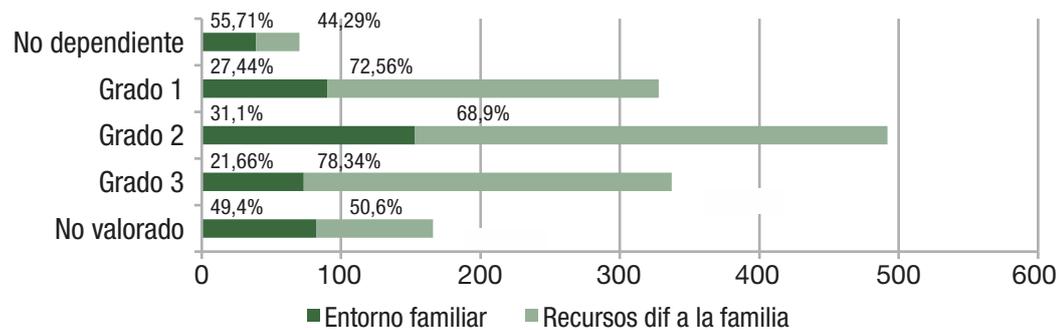


Gráfico 27: Representación de la residencia de las pcdi según su grado de dependencia

Además, el 73,93% de las pcdi que tienen **modificada la capacidad**, residen en recursos diferentes a la familia.

	Entorno de residencia de la pcdi			
		Entorno familiar	Recursos diferentes a la familia	Total
Modificación de la capacidad	Sí	269	763	1.032
	%	26,06	73,94	100

Tabla 34: Residencia habitual de los participantes según el grado de dependencia

Si nos centramos en los recursos diferentes a la familia (residencia o piso tutelado) encontraremos diferencias significativas en función del nivel de discapacidad ($X^{2(3)} = 85,984$; $p < 0,001$): a medida que aumenta el nivel de DI, aumenta el porcentaje de pcdi que viven en residencia.

	Dónde reside la PCID	Nivel de Discapacidad Intelectual									
		Límite		Leve/ ligero		Moderado		Grave/severo		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	Residencia	24 _a	43,6	187 _b	64,5	280 _c	77,6	189 _d	94,0	680	75,0
	Piso tutelad	31 _a	56,4	103 _b	35,5	81 _c	22,4	12 _d	6,0	227	25,0
	Total	55	100	290	100	361	100	201	100	907	100

Tabla 35: Lugar de residencia de los participantes en función del nivel de DI que presenten

Tiempo de institucionalización

- **Tiempo que lleva la persona viviendo en residencia o piso tutelado:**

De las 1.393 pcdi de la muestra total, 481 de ellas residen con su familia o bien de manera independiente. Las 916 pcdi restantes viven en residencias o pisos tutelados, es decir, vinculados a una institución.

El tiempo de institucionalización de estas pcdi (N=916) se distribuye de esta manera:

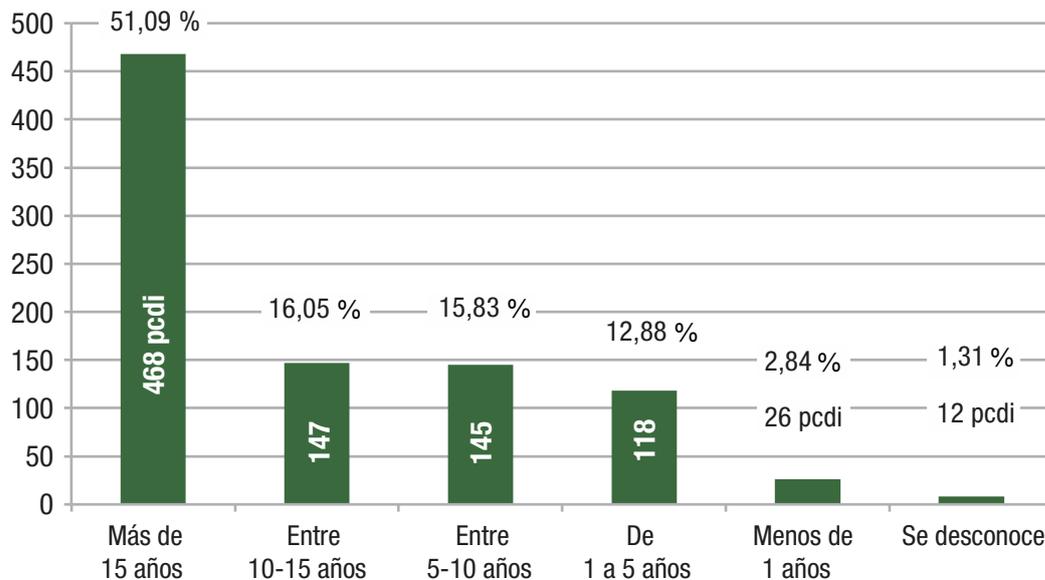


Gráfico 28: Distribución de la muestra según el tiempo de institucionalización

Se observa por tanto, que de las 916 pcdi que residen en recursos vinculados a una institución, el 51,09% lleva más de 15 años allí, descendiendo hasta 2,84% en el caso de las pcdi que llevan menos de 1 año residiendo en servicios o recursos institucionalizados.

El tiempo de institucionalización no se relaciona significativamente con el **sexo** de la pcdi, ni con el **porcentaje de discapacidad**, el **nivel de DI** o el **grado de dependencia**. Tampoco se relaciona significativamente con el **tipo de centro** ni con la **provincia**.

Sin embargo, sí hay una relación significativa entre el **tiempo de institucionalización** y los intervalos de **edad** de las pcdi ($X^{2(20)}=149,647$; $p < 0,001$).

A partir de los 30 años de edad, se observa una mayor proporción de pcdi que llevan más de 10 años viviendo en residencia y/o piso tutelado.

En el grupo de edad previo, entre los 18 y los 29 años es a la inversa, la proporción de personas que lleva viviendo en residencia o piso tutelado menos de 1 año es significativamente mayor.

Por tanto, a medida que aumenta el rango de edad, el tiempo de institucionalización es mayor. Lógicamente los participantes “más jóvenes” no han tenido tiempo para llevar muchos años en cualquier residencia.

	Tiempo que lleva la pcdi viviendo en residencia/ piso tutelado											
	< 1 año		1-5 años		5-10 años		10-15 años		> de 15 años		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
18-29	8 _a	30,8	22 _a	18,6	23 _a	15,9	4 _b	2,7	4 _a	0,9	61	6,7
30-44	8 _{a,b}	30,8	31 _{a,b}	26,3	39 _{a,b}	26,9	56_a	38,1	84 _b	17,9	218	24,1
45-60	9 _{a,b}	34,6	51 _{a,b}	43,2	58 _{a,b}	40	52_a	35,4	249_b	53,2	419	46,3
>61	1 _a	3,8	14 _a	11,9	25 _{a,b}	17,2	35 _{a,b}	23,8	131 _{a,b,c}	28	206	22,8
Total	26	100	118	100	145	100	147	100	468	100	904	100

Tabla 36: Tiempo de institucionalización según la edad de los participantes

También se observan diferencias significativas en función del **ámbito** donde se encuentren los centros donde reciben apoyos las pcdi de la muestra ($\chi^2_{(5)}=17,942$; $p=0,003$).

La proporción de pcdi que lleva viviendo entre 1 y 5 años en residencia o piso tutelado es significativamente superior en servicios o centros de ámbito rural; mientras que la proporción de pcdi que llevan más de 15 años viviendo en estos mismos servicios es significativamente superior en ámbito urbano.

	Ámbito					
	Rural		Urbano		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Tiempo viviendo en residencia / piso tutelado?						
Menos de 1 año	16 _a	3,8	10 _a	2,02	26	2,84
De 1 a 5 años	69_a	16,35	49_b	9,92	118	12,88
De 5 a 10 años	74 _a	17,53	71 _a	14,37	145	15,83
De 10 a 15 años	66 _a	15,64	81 _a	16,39	147	16,05
Más de 15 años	193_a	45,73	275_b	55,67	468	51,09
Lo desconozco	4 _a	0,95	8 _a	1,63	12	1,31
Total	422	100	494	100	916	100

Tabla 37: Tiempo de institucionalización según el ámbito del servicio / recurso

El tiempo de institucionalización en función de si la pcdi participante tiene **modificada la capacidad** se representa en el siguiente gráfico, mostrando que a mayor tiempo de institucionalización, mayor número de pcdi en el servicio con la capacidad modificada.

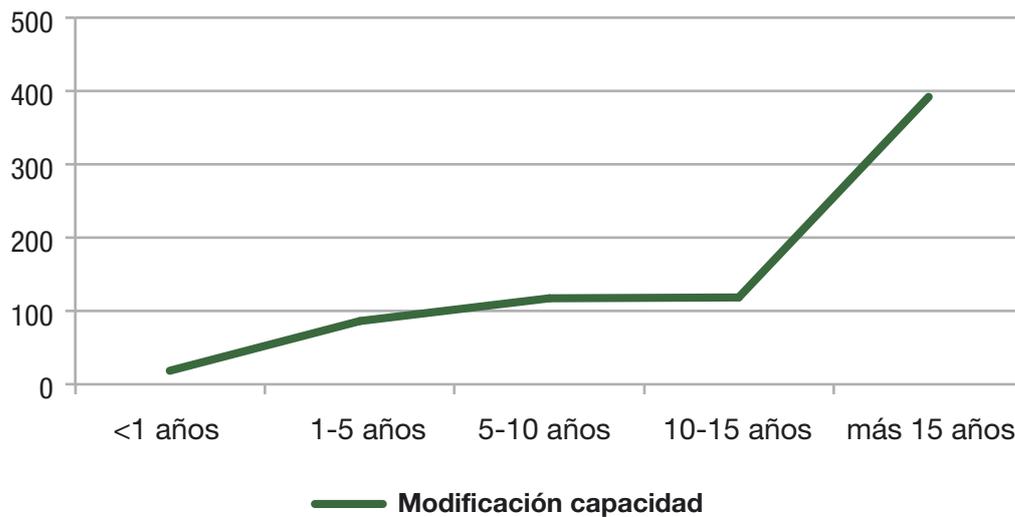


Gráfico 29: Tiempo de institucionalización de las pcdi con capacidad modificada

• **Tiempo que lleva la persona recibiendo apoyos en un centro:**

Algo parecido ocurre en función del tiempo que lleva la pcdi recibiendo apoyos en un CO y/o CD. Esta información se conoce de la gran mayoría de las pcdi participantes (93,11%) constatándose que cerca de la mitad (47,16%) llevan más de 15 años recibiendo apoyos en un centro vinculado a una entidad (CO/CD).

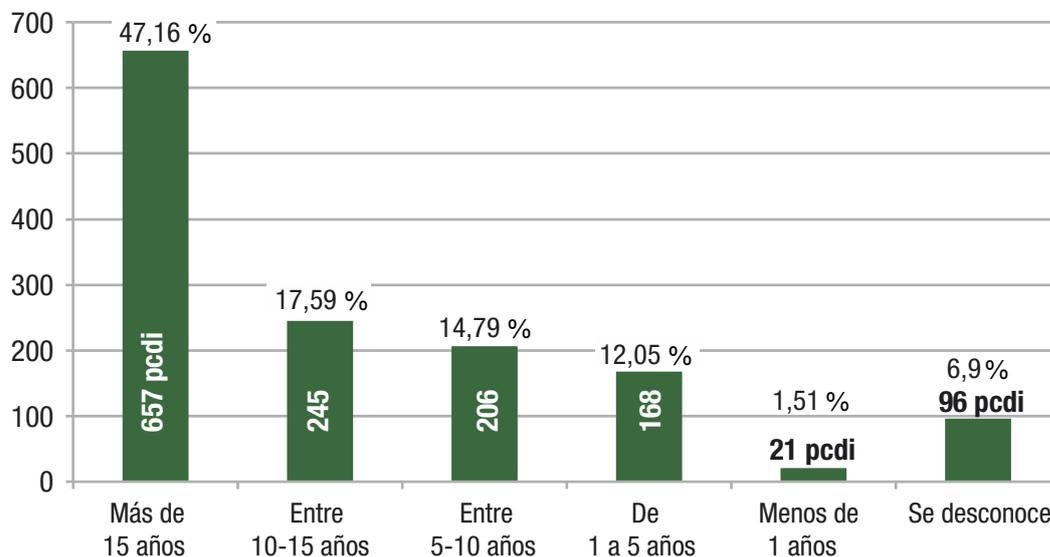


Gráfico 30: Distribución según el tiempo que llevan recibiendo apoyos en un CO o CD.

El **nivel de DI** y el **tiempo** que se lleve apoyando a la pcdi participante en el estudio en un CD o un CO, están relacionadas de manera significativa ($X^{2(25)}=59,449a$; $p<0,001$).

De manera significativa, el porcentaje de pcdi que reciben apoyos desde hace más de 15 años es mayor entre las pcdi con un nivel severo, moderado o profundo.

	Nivel de DI														
	Límite		Leve ligero		Moderado		Grave severo		Profundo		No especificado		Total		
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	
Tiempo en CO y/o CD	<de 1 año	4	4,76	8	1,89	8	1,59	1	0,38	-	-	-	-	21	1,61
	1-5 años	15	17,86	71	16,74	49	9,74	27	10,23	6	22,22	-	-	168	12,84
	5-10 años	19	22,62	79	18,63	75	14,91	29	10,98	3	11,11	1	16,67	206	15,75
	10-15 años	16	19,05	80	18,87	96	19,08	46	17,43	5	18,52	2	33,33	245	18,73
	+ 15 años	29	34,52	179	42,22	274	54,48	160	60,6	12	44,45	3	50	657	50,23
	Desconoce	1	1,19	7	1,65	1	0,2	1	0,38	1	3,7	-	-	11	0,84
Total	84	6,42	424	32,42	503	38,46	264	20,18	27	2,06	6	0,46	1.308	100	

Tabla 38: Tiempo que lleva prestando apoyo a la pcdi en función de su nivel de DI.

No hay relaciones significativas entre el tiempo que lleva la pcdi recibiendo apoyo en un CO/CD y el sexo.

Síndromes específicos

El análisis de datos sobre los síndromes específicos diagnosticados revela que un 85,07% de la muestra (1.185 pcdi) no tienen ningún síndrome específico diagnosticado; un 2,37% (33 PCDI) “no, pero se sospecha que pudieran tenerlo” y un 12,56%, es decir, 175 pcdi sí lo tienen diagnosticado.

A continuación se recoge la distribución de los participantes en función del tipo de síndrome.

Síndromes específicos	Frecuencia	% de pcdi del total de diagnosticados	% de pcdi del total de la muestra
Síndrome de Down	96	54,85%	6,89%
Síndrome X-Frágil	10	5,72%	0,7%
Lennox-Gastau	6	3,42%	0,43%
Esclerosis tuberosa	5	2,85%	0,4%
Prader Willi	5	2,85%	0,4%
Gilles de la Tourette	4	2,28%	0,28%
Otro tipo de síndromes	49	27,94%	3,51%
Total	175	100%	

Tabla 39: Pcdi con síndromes específicos

Trastorno del espectro autista (TEA)

De la muestra total del estudio (N=1.393) respecto a los datos referentes a las pcdi que tienen algún trastorno del espectro autista, encontramos que el 2,44% (N=34) lo tienen diagnosticado y un 2,36% “no lo tienen pero lo sospechan” (N=33).

Problemas de salud

A continuación, se presentan los datos de prevalencia de diversos tipos de enfermedades o problemas de salud en pcdi con alteraciones de la salud mental y/o consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico. Se observa que del total de la muestra (N=1.393), 1.030 (73,94%) tienen algún problema de salud relevante. De ellos, el 14,07% (145 pcdi) desconocen cuál es. Hay 363 pcdi que no presentan ningún problema de salud conocido (26,06%).

Tal como se recoge en la siguiente tabla, los problemas de salud más frecuentes son la epilepsia (25,92%), déficit sensorial (18,15%), problemas gastrointestinales (18,05%), dolores crónicos o recurrentes (16,79%) y alteraciones del sueño (13,49%).

Problemas de salud	Nº PCDID	%
Total PCDID con problemas de salud	1.030	100%
Epilepsia	267	25,92%
Déficit sensorial	187	18,15%
Problemas gastrointestinales (reflujo, estreñimiento, incontinencia)	186	18,05%
Dolores crónicos o recurrentes (dolor menstrual, migrañas)	173	16,79%
Alteraciones del sueño (insomnio)	139	13,49%
Problemas dentales o bucales	84	8,15%
Problemas respiratorios	63	6,11%
Infecciones urinarias	56	5,43%
Problemas músculo-esqueléticos	54	5,24%
Problemas cardiovasculares	45	4,36%
Problemas neurológicos	38	3,68%
Diabetes	32	3,10%
Enfermedades infecciosas	30	2,91%
Tensión	25	2,42%
Tiroides	22	2,13%
Obesidad	19	1,84%
Problemas hematológicos	18	1,74%
Problemas dermatológicos	14	1,35%
Problemas urológicos	13	1,26%
Problemas psicológicos	13	1,26%
Problemas oncológicos	11	1,06%

Colesterol	10	0,97%
Problemas nefrológicos	9	0,87%
Consumo de alcohol y hachís	8	0,77%
Alergias	5	0,48%
Problemas ginecológicos	2	0,19%
Problemas endocrinológicos	2	0,19%
Otros problemas	17	1,65%
Sí tienen, pero se desconoce cuál	145	14,07%

Tabla 40: Distribución de los problemas de salud de las pcdi que conforman la muestra (Respuesta múltiple)

El número de **problemas de salud** se relacionan de manera significativa con el **nivel de discapacidad** ($X^{2(30)}=100,025a$; $p<0,001$).

Problemas de salud Nº	Nivel de DI						No especificado	Total
	Límite	Leve	Moderado	Grave	Profundo			
0	7	65	50	22	2	2	148	
1	74	344	360	155	13	2	948	
2	11	60	65	61	6	1	204	
3	4	17	22	16	5	-	64	
4	1	4	8	8	1	-	22	
5	-	-	3	2	-	1	6	
6	-	-	-	1	-	-	1	
Total	97	490	508	265	27	6	1.393	

Tabla 41: Número de problemas de salud según el nivel de DI de los participantes.

Como se observa en el siguiente gráfico, hay asociación entre el nivel de DI de menor gravedad y tener menos problemas de salud; así, las pcdi con nivel de DI severo, tienden a tener dos problemas de salud identificados y las pcdi con un nivel de DI profundo tiendan a presentar tres o más problemas de salud asociados..

A medida que aumenta el **grado de DI**, aumenta el número de problemas de salud.

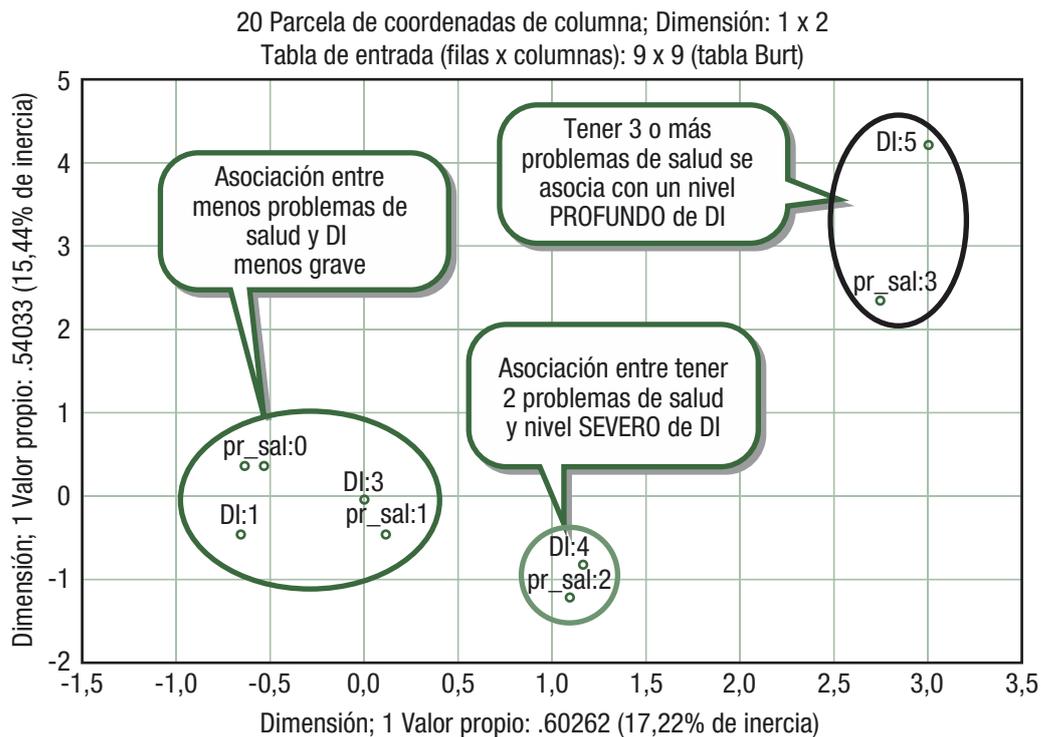


Gráfico 31: Representación del nº de problemas de salud de las pcdi participantes en el estudio y el nivel de DI. (Solución bidimensional – Análisis de correspondencias simples)

3.2.2. ENFERMEDAD MENTAL DIAGNOSTICADA, ALTERACIONES GRAVES DE CONDUCTA Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

En este apartado incluimos los resultados de cada uno de los 3 criterios de inclusión en el estudio en la muestra de pcdi identificadas y sobre los que se cumplimentó el cuestionario completo (N=1.393).

-
- (1) **Diagnóstico de trastorno mental** (realizado por profesionales del sector público/privado).
 - (2) **Alteraciones graves de conducta.**
 - (3) **Consumo de psicofármacos (tratamiento psiquiátrico)**, tenga diagnóstico o no de enfermedad mental / alteraciones graves de conducta.
-

Más concretamente, en un primer apartado (3.2.2.1) presentamos los datos descriptivos de las pcdi del estudio que cumplen cada uno de los tres criterios.

A continuación (epígrafe 3.2.2.2), realizamos la estimación poblacional de cada criterio.

En tercer lugar (epígrafe 3.2.2.3) recogemos las relaciones existentes entre cada uno de los tres criterios (relaciones intercriterio).

Por último (epígrafe 3.2.2.4), presentamos las principales relaciones encontradas entre cada criterio de inclusión y otras variables de interés.

3.2.2.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Los datos de pcdi que cumplen cada uno de los criterios se muestran a continuación. Hay que considerar **que cada uno de los criterios no es excluyente**, por lo que una misma pcdi puede cumplir un criterio, cumplir 2 o los 3 criterios.

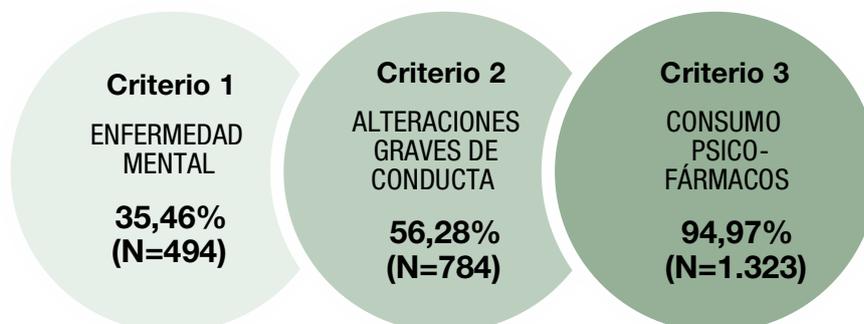


Figura 2: Criterios de inclusión. Datos y porcentajes

TRASTORNO MENTAL DIAGNOSTICADO

Este primer criterio lo cumplen un total de 494 usuarios (**35,46%**). En este criterio incluimos a aquellas pcdi que tienen un diagnóstico formal.

ALTERACIONES GRAVES DE CONDUCTA

Este segundo criterio lo cumplen 784 participantes con discapacidad intelectual considerando éste, aquellas conductas de frecuencia o intensidad de grado 3, 4 y 5 en la escala ICAP, en función de la **gravedad** (*“mediana, muy y extremadamente grave o problema moderado, grave o crítico”*) o en función de la **frecuencia**, (*“de 1 a 6 veces por semana, de 1 a 10 veces al día y de 1 a más veces en una hora”*), lo que supone un **56,28%** del total de la muestra.

Este dato se incrementa considerablemente si se incluyen todas las alteraciones de conducta de cualquier nivel de frecuencia e intensidad (no sólo las graves), comprendiendo a 1.382 pcdi, es decir, al 99,13% de la muestra participante en el estudio. No obstante a lo largo del documento se consideró exclusivo el grupo de alteraciones graves de conducta (N=784).

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

El último requisito o criterio de inclusión en el estudio muestra datos muy elevados. De la muestra de 1.393 participantes en el estudio, 1.323 (94,97%) consume psicofármacos como tratamiento psiquiátrico (tenga o no algún tipo de diagnóstico formal) excluyendo en este criterio a aquellas pcdid que consumieran antiepilépticos únicamente como tratamiento de la epilepsia.

En el siguiente cuadro se muestra la distribución de los participantes en relación con el cumplimiento o no de cada uno de los 3 criterios.

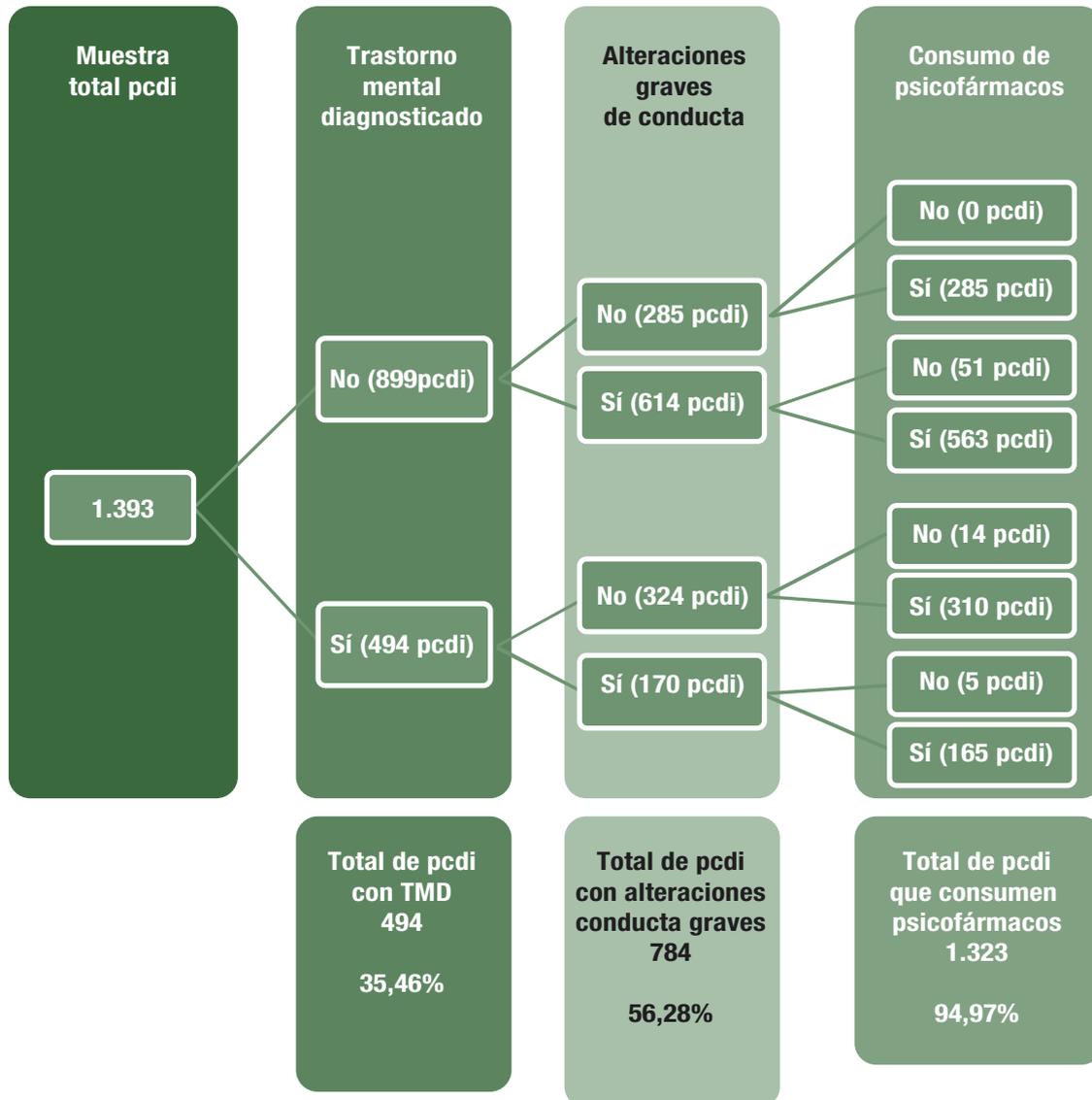


Tabla 42: Pcdi que cumplen los criterios de inclusión en el estudio en función de las alteraciones graves de conducta, de frecuencia e intensidad de grado 3, 4 y 5.

3.2.2.2. ESTIMACIONES POBLACIONALES

Dada la amplia muestra con la que se ha contado en el estudio y su representatividad, podemos trasladar estos resultados de prevalencia a la población de pcdi mayores de edad de Castilla y León. Así se han realizado estimaciones poblacionales con un error muestral muy aceptable (EM=2,52) y nivel de confianza del 95%; ($p=q=.50$) que muestran los datos siguientes:

El 12,07% de las pcdi mayores de edad en Castilla y León tienen enfermedad mental diagnosticada.

El 19,15% de las pcdi mayores de edad en Castilla y León tienen alteraciones graves de conducta.

El 32,30% de las pcdi mayores de edad en Castilla y León consumen psicofármacos como tratamiento psiquiátrico.

3.2.2.3. RELACIONES ENTRE ENFERMEDAD MENTAL DIAGNOSTICADA, ALTERACIONES GRAVES DE CONDUCTA Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

El siguiente gráfico permite visualizar el cumplimiento de los criterios de manera simultánea en cuanto al total de pcdi (N=1.393): en un 33,88% cumplen los 3 criterios simultáneamente; en un 60,3% se cumplen los 2 criterios de alteraciones graves de conducta y consumo de psicofármacos; en un 0,22% los 2 criterios de enfermedad mental y consumo de psicofármacos y tan solo un 1,29% enfermedad mental diagnosticada y alteraciones graves de conducta.

Solo en un 0,07% cumplen en exclusividad el criterio de enfermedad mental; un 3,66% el de alteraciones graves de conducta y un 0,57% el de consumo de psicofármacos (en exclusividad).

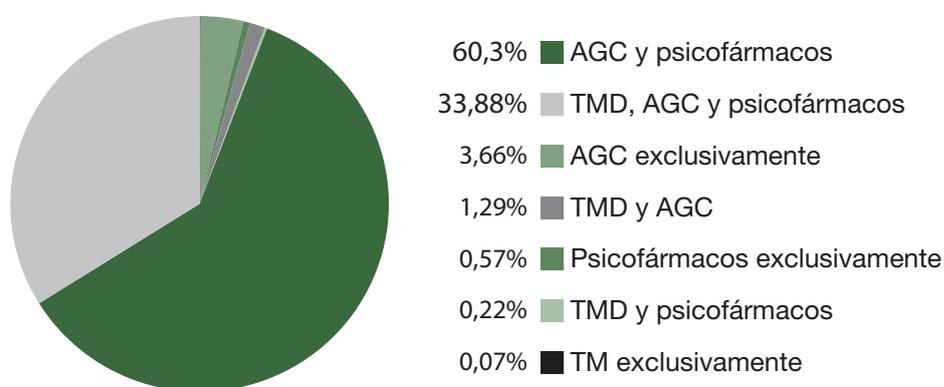


Gráfico 32: Cumplimiento de los criterios de manera simultánea

A continuación vamos a profundizar en las relaciones entre estos criterios (respecto a los participantes N=1.393): en primer lugar las relaciones bivariadas y, posteriormente, la relación conjunta entre los 3 criterios:

- Relación entre tener **diagnóstico de trastorno mental y alteraciones graves de conducta.**

Entre estas variables (trastorno mental diagnosticado y alteraciones graves de conducta) se observan relaciones significativas ($X^2= 148,773$; $p < 0,001$).

		Alteraciones graves conducta					
		No		Sí		Total	
Trastorno Mental diagnosticado		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Fr.	%
	No	285a	46,8	614b	78,30	899	100
	Sí	324a	53,2	170b	21,7	494	100
		609		784		1.393	100

Tabla 43: Análisis de los criterios TMD y AGC de manera exclusiva y bivariada. Anova y corrección de Bonferroni

La proporción de pcdi con alteraciones graves de conducta es significativamente superior entre aquellas que no tienen diagnóstico de enfermedad mental. Así, tener diagnosticada la enfermedad mental supone un riesgo menor de mostrar alteraciones graves de conducta.

Por tanto, parece que **la presencia de alteraciones de conducta pueden estar entorpeciendo el diagnóstico de trastorno mental.**

Si diferenciamos cada tipo de trastorno mental, se ha obtenido una asociación significativa entre las alteraciones graves de conducta y algunos grupos de trastornos mentales.

Entre ellos, los “Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral (**F.07**)”, están relacionados de manera significativa con las alteraciones graves de conducta ($\chi^{2(1)}= 4,508$; $p= 0,034$).

El grupo “**F20-F29**. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes”, también muestra una relación significativa con las alteraciones graves de conducta con una significatividad de ($\chi^{2(1)}= 5,537$; $p= 0,019$).

Específicamente, las alteraciones de conducta más significativas con este grupo de trastornos, son las conductas disruptivas, con una significatividad de $\chi^{2(1)}=5,462$; $p=0,019$.

Además, las alteraciones graves de conducta y el grupo “**F.80.F89**. Trastornos del desarrollo psicológico”, también mantienen una significativa relación ($\chi^{2(1)}=4,799$; $p=0,028$), al igual que el grupo “**F.90-F.98**. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia” ($\chi^2=4,794$; $p=0,029$).

Se han cruzado sin obtener diferencias significativas Trastornos mentales orgánicos por heteroagresividad, trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje por alteraciones graves de conducta.

Por otro lado, las personas que tienen varios trastornos mentales tienen más alteraciones de conducta que aquellas que tienen un solo trastorno mental, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

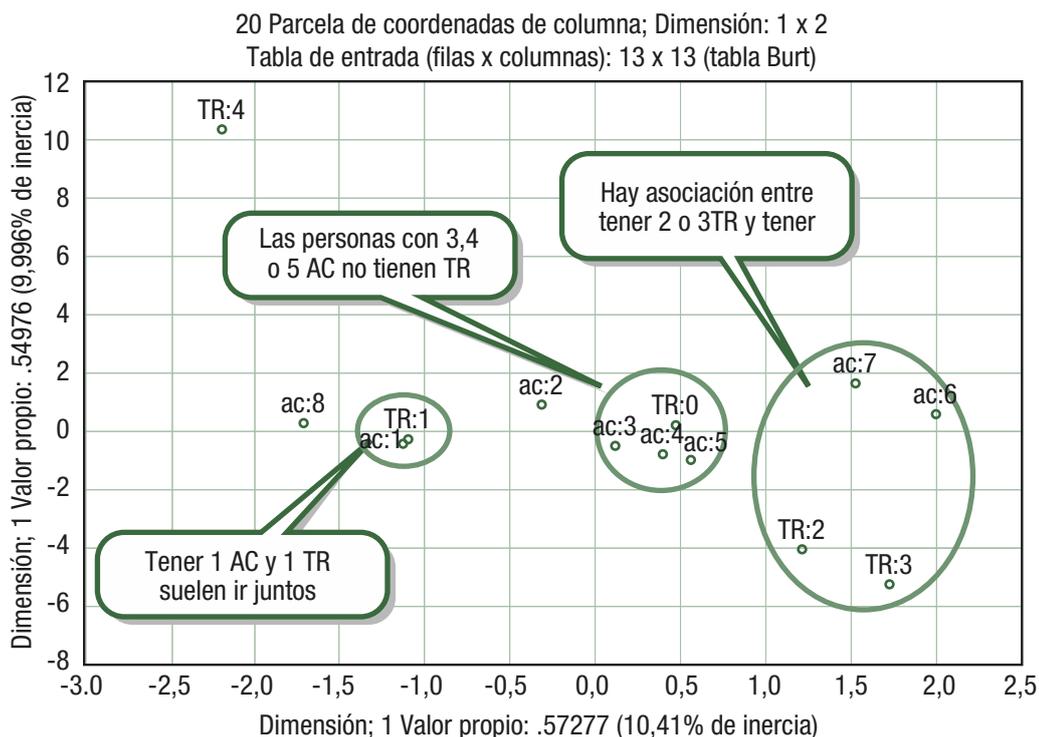


Gráfico 33: Vinculación entre alteraciones de conducta y trastorno mental diagnosticado.

Se observa que tener un trastorno mental (diagnosticado) está vinculado a mostrar un tipo de alteración de conducta. Así, se observa que tener 2 o 3 trastornos mentales está muy relacionado con mostrar alteraciones de conducta.

Sin embargo, las personas con discapacidad intelectual que no tienen ningún trastorno mental diagnosticado, muestran 3, 4 y 5 alteraciones de conducta diferentes.

Es decir, tener un tipo de alteración grave de conducta no obstaculizada tener diagnóstico de trastorno mental, mientras que tener 3, 4 o 5 tipos de alteraciones de conducta puede estar dificultando tener un diagnóstico de trastorno mental.

- Relación entre **consumo de psicofármacos y alteraciones graves de conducta.**

Las alteraciones de conducta y el consumo de psicofármacos están relacionadas de manera significativa ($X^{2(1)} = 9,183$; $p = 0,002$).

Se observa que la proporción de pcdi que consumen psicofármacos es significativamente superior entre aquellas que presentan alteraciones graves de conducta (siendo conscientes de que el consumo de psicofármacos es elevado también entre los que no tienen alteraciones graves de conducta).

Alteraciones graves conducta						
Consumo de Psicofármacos	No		Sí		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Fr.	%
	No	14	20	56	80	70
Sí	595	44,98	728	55,02	1.323	100
	609	43,72	784	56,28	1.393	100

Tabla 44: Análisis de los criterios alteraciones graves de conducta y consumo de psicofármacos de manera exclusiva y bivariada. Anova y corrección de Bonferroni.

• Relación entre **consumo de psicofármacos y tener diagnóstico de trastorno mental.**

Entre estas dos variables no se observa relación significativa ($X^{2(1)} = 1,331a$; $p=0,249$).

Tr. Mental Diagnosticado						
Consumo de Psicofármacos	No		Sí		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Fr.	%
	No	51	72,86	19	27,14	70
Sí	848	64,1	475	35,9	1.323	100
	899	64,54	494	35,46	1.393	100

Tabla 45: Análisis de los criterios trastornos mental diagnosticado y consumo de psicofármacos de manera exclusiva y bivariada. Anova y corrección de Bonferroni.

• Relación entre los 3 criterios de inclusión

A continuación se presenta la relación entre los 3 criterios de manera conjunta a través de un gráfico de mosaico, que muestra las distribuciones de los residuos estandarizadas de Pearson:

- el **color verde** se corresponde con celdas cuya frecuencia observada es mayor de lo que cabría esperar si no hubiera relación entre las variables
- el **color negro** corresponde a celdas cuya frecuencia observada es menor de lo que cabría esperar si no hubiera relación entre la variables.

En el eje vertical se sitúa la variable "Alteraciones graves de conducta", dividiendo los datos verticalmente en dos bloques: los bloques inferiores se corresponden con las pcdi que no presentan alteraciones graves de conducta, mientras que los superiores con los que sí presentan dichas alteraciones graves de conducta.

En el eje horizontal se sitúa la variable "Consumo de psicofármacos" en la zona más inferior, diferenciando entre los que sí consumen psicofármacos y los que no consumen.

La última variable ("Trastorno mental diagnosticado") se sitúa también en el eje horizontal, diferenciando entre tener o no diagnóstico de enfermedad mental.

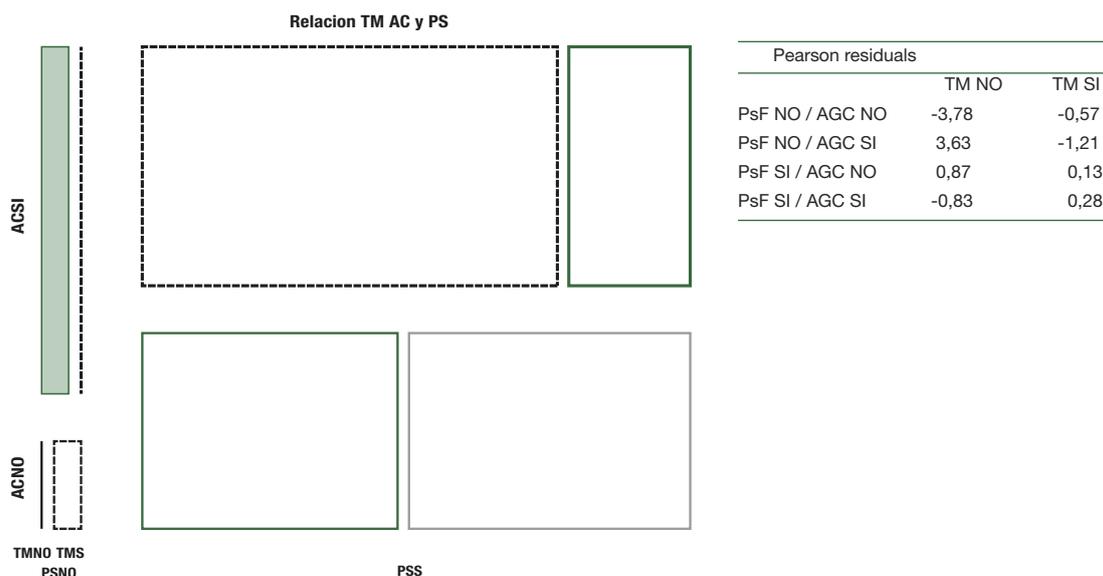


Gráfico 34: Gráfico de mosaico que muestra la relación entre los 3 criterios de inclusión

Trastorno mental diagnosticado (TM), Alteraciones graves de conducta (AC) y Consumo de psicofármacos (PS).

Se observa relación entre las 3 variables de manera conjunta ($\chi^2(3)=30,813$; $P<0,0001$). Destaca el grupo de pcdi con alteraciones graves de conducta que no tienen diagnóstico en enfermedad mental (resultado sombreado de azul), es decir, se observa que hay más pcdi de las que cabría esperar con alteraciones graves de conducta sin diagnóstico de enfermedad mental (y que no consumen psicofármacos).

3.2.2.4 RELACIONES ENTRE CRITERIO DE INCLUSIÓN Y VARIABLES RELACIONADAS

En este apartado se muestra por separado cada uno de los criterios de inclusión del estudio, analizando su relación con el resto de variables de interés.

CRITERIO 1. ENFERMEDAD MENTAL DIAGNOSTICADA

A continuación se presentan los datos referentes a los diferentes grupos de trastornos mentales según la clasificación CIE-10, observados en las 494 pcdi con trastorno mental diagnosticado (35,46% de la muestra). Los resultados se presentan en función de todas las respuestas dadas por los encuestadores, teniendo en cuenta la posibilidad de respuesta múltiple en cada pcdi (presencia de varios trastornos de manera simultánea). Así, hay 39 pcdi que tienen varios diagnósticos de manera simultánea.

Grupos diagnósticos (CIE-10)	Nº y % de respuestas dadas		% casos diagnosticados (N=494pcdi)	% casos en función muestra total (N=1.393)
	Nº	%	%	%
F00-F09. Trastornos mentales orgánicos (incluidos los sintomáticos)	33	6,12%	6,68%	2,36%
F10-F19. Tr. mentales del comportamiento por consumo de sustancias psicotrópicas	16	2,97%	3,23%	1,14%
F20-F29. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	162	30,06%	32,79%	11,62%
F30-F39. Trastornos del humor afectivos	137	25,42%	27,73%	9,83%
F40-F49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	53	9,83%	10,72%	3,80%
F50-F59. Tr. del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	6	1,11%	1,21%	0,43%
F60-F69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto	78	14,47%	15,78%	5,59%
F80-F89. Trastornos del desarrollo psicológico	12	2,23%	2,43%	0,86%
F90-F98. Tr. de comportamiento y emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia	16	2,97%	3,23%	1,14%
F99. Trastorno mental sin especificación	26	4,82%	5,26%	1,86%

Tabla 46: Grupos de trastornos mentales diagnosticados en función de todas las respuestas dadas por los encuestadores (539 RR), los casos diagnosticados (N=494) y sobre la muestra total de pcdi (N=1.393)

Los mayores porcentajes de **trastornos mentales diagnosticados** son los trastornos psicóticos, (grupo F20-F29. **Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes**) con un 32,79% de los casos diagnosticados, 11,62% del total de la muestra; seguidos de F30-F39. **Trastornos del humor afectivos** con 27,73% de los diagnósticos presentes, 9,83% del total de la muestra; y F60-F69: **Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto**, con 15,78% del total de PCDI con trastorno mental diagnosticado, 5,59% del total de las pcdi participantes en el estudio.

Si nos centramos en los diagnósticos específicos, el más frecuente es la esquizofrenia (F.20), presente en el 52,46% del total de pcdi diagnosticadas. Tras éste, el diagnóstico de trastornos de ideas delirantes (F.22) con un 34,05% y el trastorno afectivo bipolar (F.31) con un 29,92%.

Del total de personas identificadas, el 35,46% tienen diagnóstico de enfermedad mental. Las categorías diagnósticas con mayor incidencia son los trastornos psicóticos (11,6%) y los trastornos afectivos (9,8%), seguidos de los trastornos de personalidad y del comportamiento adulto (5,59%).

RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD MENTAL DIAGNOSTICADA (CRITERIO 1) Y OTRAS VARIABLES

A continuación se presentan los principales resultados tras contrastar la relación de este primer criterio de inclusión con diferentes variables sociodemográficas.

Sexo: De las 494 pcdi que tienen trastorno mental diagnosticado (35,46% de la muestra total), 267 son hombres (54,04%) y 227 son mujeres (45,95%).

No se han encontrado diferencias significativas entre ambos sexos y el tener diagnóstico de enfermedad mental.

Edad: Las 494 pcdi con trastorno mental diagnosticado en la muestra se reparten en función de la edad de la siguiente manera; no encontrándose diferencias significativas entre ambas variables.

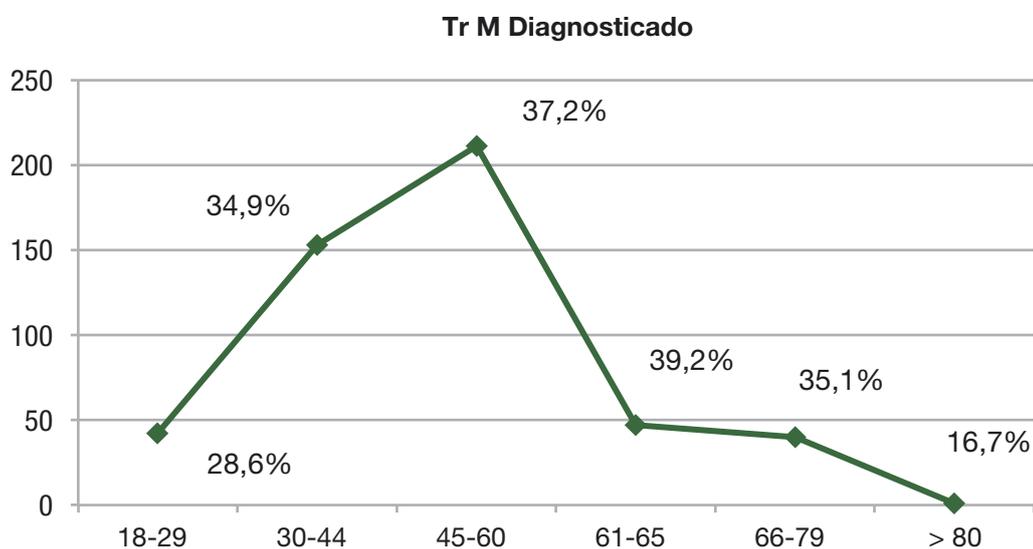


Gráfico 35 _ Trastorno Mental diagnosticado en función de los intervalos de edad fijados

Distribución por ámbito (rural o urbano): no se observa relación significativa entre el ámbito (rural o urbano) del centro donde acude la pcdi y el tener diagnóstico de enfermedad mental.

		Ámbito					
		Rural		Urbano		Total	
Trastorno Mental diagnosticado	No	Fr	%	Fr	%	Fr	%
	Sí	394	43,83	505	56,17	899	100
	271	54,86	223	45,14	494	100	
		665	100	728	100	1.393	100

Tabla 47: Trastorno mental diagnosticado en función del ámbito

Provincia: En cuanto a la relación del diagnóstico de enfermedad mental por provincias, se observan diferencias significativas ($X^2(7)= 55,524a$; $p < 0,001$) entre casi todas las provincias, encontrándose esta distribución:

%	Ávila	Burgos	León	Palencia	Salamanca	Soria	Valladolid	Zamora	Total
Tr M	No 78,1 _{a,c,d}	70,4 _{a,c,d}	78,6 _a	51,8 _b	60,4 _{b,c,e}	23,5 _b	62,1 _{b,d,e}	67,8 _{a,e}	64,5%
diag	Sí 21,9 _{a,c,d}	29,6 _{a,c,d}	21,4 _a	48,2 _b	39,6 _{b,c,e}	76,5 _b	37,9 _{b,d,e}	32,2 _{a,e}	35,5%

Tabla 48: Trastorno Mental diagnosticado en las provincias participantes

Ávila y Burgos no muestran diferencias entre ellas pero sí entre las demás, lo mismo pasa entre Soria y Palencia en comparación con las demás.

Porcentaje de discapacidad. Se observa una relación significativa ($X^2(2)= 42,106$; $p < 0,001$) entre tener trastorno mental diagnosticado y el porcentaje de discapacidad de la persona, entendiendo que cuanto mayor sea el porcentaje de discapacidad, menor es la probabilidad de tener diagnóstico de trastorno mental.

		intervalos			Total	
		33-64	65-74	75-100		
Trastorno Mental diagnosticado	No	Fr	64 _a	331 _a	485 _b	880
		%	48,9	58,5	72,6	64,5
	Sí	Fr	67 _a	235 _a	183 _b	485
		%	51,1	41,5	27,4	35,5
Total	Fr	131	566	668	1.365	
	%	100	100	100	100	

Tabla 49: Relación del trastorno mental diagnosticado en función de los intervalos estipulados de la valoración del porcentaje de discapacidad.

Se observa mayor dificultad de diagnóstico en personas con discapacidad intelectual con más necesidades de apoyo, o lo que es lo mismo, es más probable el diagnóstico de un trastorno mental entre personas con menos necesidades de apoyo.

Nivel de discapacidad intelectual. Se observa una relación significativa ($X^2(5)=169,045$; $p < 0,001$) entre el nivel de DI y el diagnóstico del trastorno mental.

En términos generales, las pcdi que mayor probabilidad tienen de presentar diagnóstico de trastorno mental, son las pcdi que tienen un nivel de DI Límite (OR=4.064, 95% CI [2.68,6,16]), concretamente, unas cuatro veces más frente al resto; y aquellas pcdi de nivel ligero (OR =1.79, 95% CI [1.55, 2.05]), casi del doble.

En los otros nivel superiores de discapacidad intelectual, cuando se comparan con la probabilidad de tener un diagnóstico de trastorno mental siempre es inferior, tanto para el nivel moderado como para el nivel severo y profundo; es decir, que el nivel grave o severo es menos predictivo de tener diagnóstico de trastorno mental.

Por tanto, en las pcdi con menor nivel de DI, se incrementa o facilita el diagnóstico de trastorno mental; lo que no quiere decir que las pcdi con niveles superiores de DI no tengan trastornos mentales, sino que no tienen diagnóstico, (esto puede deberse en parte, a las dificultades de comunicación que muestran las personas con mayor nivel de DI).

		Nivel de Discapacidad Intelectual							
		Límite	Leve	Moderado	Grave	Profundo	No especificado	Total	
Trastorno Mental	No	Fr	30 _a	247 _b	364 _c	230 _d	25 _{c,d}	3 _{a,b,c,d}	899
		%	30,9	50,4	71,7	86,8	92,6	50,0	64,5
	Sí	Fr	67 _a	243 _b	144 _c	35 _d	2 _{c,d}	3 _{a,b,c,d}	494
		%	69,1	49,6	28,3	13,2	7,4	50,0	35,5
Total	Fr	97	490	508	265	27	6	1.393	
	%	100	100	100	100	100	100	100	

Tabla 50: Relación entre la variable trastorno mental diagnosticado y el nivel de discapacidad intelectual

Grado de dependencia. El trastorno mental diagnosticado y el grado de dependencia muestran una relación significativa ($X^{2(4)}= 48,397$; $p < 0,001$): tener más grado de dependencia, muestra una menor relación con tener diagnóstico de trastorno mental.

		Grado de dependencia reconocido					Total	
		Grado 1 Moderado	Grado 2 Severo	Grado 3 Gran dependiente	No dependiente	No valorado		
Tr M D	No	Fr	188 _{a,b}	323 _b	263 _c	37 _{a,b}	88 _a	899
		%	57,3	65,7	78,0	52,9	53,0	64,5
	Sí	Fr	140 _{a,b}	169 _b	74 _c	33 _{a,b}	78 _a	494
		%	42,7	34,3	22,0	47,1	47,0	35,5
Total	Fr	328	492	337	70	166	1.393	
	%	100	100	100	100	100	100	

Tabla 51: Relación entre la variable trastorno mental diagnosticado y el grado de dependencia reconocido

El tener un grado de dependencia bajo es un predictor de tener diagnóstico de trastorno mental respecto a los niveles altos de dependencia. Nuevamente, esto no quiere decir que las pcdi con mayor grado de dependencia no tenga una enfermedad mental, sino que no tienen diagnóstico.

SIS. No se observan diferencias significativas entre la puntuación de la Escala SIS y el diagnóstico de enfermedad mental.

A pesar de ello los datos muestran una tendencia similar a la ya expuesta:

	Tr M D	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
índice de necesidades de apoyo: puntuación	No	338	97,06	18,479	1,005
	Sí	196	94,64	20,757	1,483

Tabla 52: Tabla de puntuaciones media en la escala SIS

Las pcdi con puntuaciones medias más bajas (menores necesidades de apoyo), tienen en mayor medida diagnóstico de trastorno mental.

ICAP. El ICAP muestra relaciones significativas ($X^{2(1)}=8,040$; $p=0,005$) con el diagnóstico de enfermedad mental.

		Aplicación de la Escala ICAP		Total	
		Sí	NO		
Trastorno Mental diagnosticado	No	Fr	798 _a	101 _b	899
		%	66,0	55,2	64,5
	Sí	Fr	412 _a	82 _b	494
		%	34,0	44,8	35,5
Total	Fr	1210	183	1.393	
	%	100	100	100	

Tabla 53: Datos de la aplicación de la escala ICAP y el tener diagnóstico de trastorno mental

La proporción de pcdi a las que se les ha aplicado el ICAP es significativamente mayor entre aquellas que no tienen trastorno mental diagnosticado.

Por otro lado, la puntuación obtenida en este inventario no está relacionada de manera significativa con tener o tener diagnóstico de enfermedad mental ($X^{2(1208)}=0,340$; $p=0,560$). No obstante, es de destacar que las personas con trastorno mental diagnosticado obtienen puntuaciones medias superiores en conducta adaptativa a los que no tienen diagnóstico de trastorno mental diagnosticado.

Puntuación de servicio	Trastorno Mental diagnosticado	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
	No	798	60,97	100,050	3,542
Sí	412	71,34	137,600	6,779	

Tabla 54: Puntuación media del ICAP en las pcdi con y sin trastorno mental diagnosticada

Modificación de la capacidad . La relación de esta variable con tener o no trastorno mental diagnosticado es significativa ($\chi^2(2)=13,402$; $p<0,001$). Las pcdi que no tienen modificada la capacidad tienen más frecuentemente un diagnóstico de enfermedad mental y aquellos que sí tienen modificada la capacidad no tienen de manera tan frecuente, un diagnóstico de enfermedad mental.

		Modificación de la capacidad	
		Sí	NO
Trastorno Mental diagnosticado	No	Fr	690 _a 184 _b
		% de modificación de la capacidad de la pcdi	66,9 56,3
	Sí	Fr	342 _a 143 _b
		% de modificación de la capacidad de la pcdi	33,1 43,7
Total	Fr	1.032 327	
	% de modificación de la capacidad de la pcdi	100 100	

Tabla 55: Relación entre modificación de la capacidad y el diagnóstico de enfermedad mental

Por otro lado, no se observan diferencias significativas entre tener o no trastorno mental diagnosticado y **quién ejerce como tutor o curador** ($\chi^2(3)=4,358$; $p=0,225$).

		¿Quién ejerce como Tutor/Curador?				Total	
		Familia Cercana	Familia Extensa	Institución, Fundación Tutelar	Lo desconozco		
Trastorno Mental diagnosticado	No	Fr	580 _a	24 _a	85 _a	1 _a	690
		%	68,2	63,2	59,9	50	66,9
	Sí	Fr	270 _a	14 _a	57 _a	1 _a	342
		%	31,8	36,8	40,1	50	33,1
Total	Fr	850	38	142	2	1.032	
	%	100	100	100	100	100	

Tabla 56: Distribución del rol tutor/curador en función de tener o no tener diagnóstico de TrM

Entorno de residencia de la persona (familia o recurso diferente) . No se observa relación significativa en función de dónde reside la pcdi (contexto familiar, residencial...) y tener o no diagnóstico de enfermedad mental ($\chi^{2(1)}=1,187$; $p=0,276$).

		Trastorno mental diagnosticado		
		NO	Sí	Total
Dónde reside la pcdi habitualmente	Entorno familiar	273	164	437
	Recursos diferentes a la familia	626	330	956
	Total	899	494	1.393

Tabla 57_ Contexto de residencia de la pcdi y tener o no tener TrMD

Tiempo de institucionalización (pcdi que viven en residencias o que se les presta apoyo en un CO/CD).

No existe relación significativa entre tener o no diagnóstico de trastorno mental y el tiempo de institucionalización, ni en relación con el tiempo que lleva en una residencia ni en relación con el tiempo que lleva recibiendo apoyos en un CO o un CD.

Tipo de centro. El tipo de centro en el que se presta apoyo a las pcdi está relacionado de manera significativa con tener o no tener diagnóstico de enfermedad mental ($\chi^{2(2)}=48,4207a$; $p < 0,001$).

		Tipo de centro			Total	
		CO	CD	CEE		
Trastorno Mental diagnosticado	No	Fr	472	375	52	899
		%	61,14	74,7	43,7	64,5
	Sí	Fr	300	127	67	494
		%	38,86	25,3	56,3	35,5
Total	Fr	772	502	119	1.393	
	%	100	100	100	100	

Tabla 58: Distribución de la muestra según el tipo de centro y tener o no tener TrMD.

Se observa que es en los CEE dónde la proporción de pcdi diagnosticadas frente a las no diagnosticadas es significativamente mayor en comparación a lo que sucede con los otros dos tipos de centro.

Síndromes específicos. Al contrastar el Síndrome de Down con diferentes trastornos mentales (episodio maniaco, depresivo, trastornos del humor afectivos...), no se han encontrado relaciones significativas.

El cruce de los criterios del estudio con el resto de los síndromes no se ha podido realizar dado que no supone un tamaño muestral suficiente.

Problemas de Salud. No se observa relación significativa entre tener o no un diagnóstico de trastorno mental y tener o tener problemas de salud.

Respuesta sanitaria. En cuanto a la respuesta sanitaria, existen diferencias significativas entre tener diagnóstico de trastorno mental y haber tenido que ser atendido en urgencias por problemas de conducta en los últimos 12 meses ($\chi^{2(1)}= 10,744$; $p=0,01$). En 12 pcdi se desconoce esta información.

La proporción de pcdi que ha tenido que ser atendida en urgencias en los últimos 12 meses por sus problemas de conducta es significativamente superior entre aquellas pcdi que tienen diagnóstico de enfermedad mental.

	Trastorno Mental diagnosticado						
	No		Sí		Total		
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	
¿Ha tenido que ser atendida en urgencias por sus problemas de conducta en los últimos 12 meses?	Sí	38 ^a	4,3	42 ^b	8,6	80	5,8
	No	853 ^a	95,7	448 ^b	91,4	1.301	94,2
	Total	891	100	490	100	1.381	100

Tabla 59: Respuesta sanitaria en urgencias y tener o no TrMD

Respuesta por parte del servicio. No hay diferencias significativas en cuanto al tipo de intervención por parte del servicio (prevención primaria, secundaria y estrategias reactivas) y tener o no diagnóstico de enfermedad mental.

MODELO PREDICTIVO DEL TRASTORNO MENTAL DIAGNOSTICADO

A raíz de estos resultados obtenidos, se consideró oportuno realizar un modelo predictivo con las principales variables relacionadas.

Este modelo de regresión lineal intenta predecir si una persona con discapacidad intelectual va a estar diagnosticada o no de trastorno mental bajo una serie de predictores, suponiendo una serie de relaciones de carácter lineal.

Es importante destacar que en diversos análisis de factores de riesgo y de protección, los predictivos son predictivos del "DIAGNÓSTICO" de trastorno mental pero es muy posible que personas no diagnosticadas también tengan trastornos mentales.

Parámetros		DF	X ²	P
Alteraciones de Conducta	No	1	112,413	.000
	Sí			
Nivel de DI	Límite	1	11,505	.001
	Leve	1	6,904	.009
	Moderado	1	2,255	.133
	Severo	1	0,117	.732
Dificultad de relación	No	1	7,928	.005
	Sí			
Ámbito del centro de apoyo	Rural	1	14,318	.000
	Urbano			
Epilepsia	No	1	21,793	<.0001
	Sí			
Problemas sueño	No	1	21.793	.000
	Sí			

Tabla 60: Predictores o variables de interés para el diagnóstico de TrMD.

El modelo predictivo de diagnóstico de trastorno mental muestra que las pcdi con determinadas características: nivel de DI límite o leve, que no tengan alteraciones graves de conducta, que no presenten alteraciones del sueño o que se les apoya en centros o recursos de ámbito rural que no presenten problemas de relación social y que no tengan epilepsia, tienen más facilidad de tener diagnóstico de trastorno mental, frente a otras pcdi que no compartan dichas variables.

Es decir, que estas particularidades actúan como facilitadores del diagnóstico del trastorno mental.

Por el contrario, presentar alteraciones de conducta y tener un nivel de DI moderado o severo, contribuye a eclipsar el diagnóstico.

CRITERIO 2. ALTERACIONES GRAVES DE CONDUCTA

En este apartado, se muestran los datos referentes a las alteraciones de conducta (en función a las 8 categorías que establece el ICAP), pero refiriéndonos exclusivamente a aquellas alteraciones **graves** del comportamiento (considerando éstas, aquellas conductas de frecuencia o intensidad de grado 3, 4 y 5 en la escala ICAP, en función de la **gravedad**: “*mediana, muy y extremadamente grave o problema moderado, grave o crítico*” o en función de la **frecuencia**, “*de 1 a 6 veces por semana, de 1 a 10 veces al día y de 1 a más veces en una hora*”).

En la muestra, se observa que 784 pcdi participantes tienen algún tipo de alteración grave de la conducta (56,28% de la muestra total). El análisis deja ver que las alteraciones graves de conducta más comunes en las pcdi del estudio son las conductas disruptivas (62,5%), seguidas de las conductas no colaboradoras (59,31%).

	Cuenta RR	% sobre 784 pcdi	% sobre muestra total (N=1.393)
Comportamiento autolesivo o daño a sí mismo	223	28,44%	16%
Heteroagresividad o daño a otros	351	44,77%	25,19%
Destrucción de objetos. Intencionalmente rompe, estropea cosas	187	23,85%	13,42%
Conducta disruptiva Interfiere las actividades de otros	490	62,5%	35,17%
Hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias)	372	47,44%	26,70%
Conducta social ofensiva. Son conductas que ofenden a otros	377	48,08%	27,06%
Retraimiento o falta de atención	339	43,23%	24,33%
Conductas no colaboradoras	465	59,31%	33,38%

Tabla 61: Datos descriptivos de alteraciones de conducta sobre 784 pcdi (graves) y sobre el total de la muestra (1.393 pcdi).

RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES GRAVES DE CONDUCTA (CRITERIO 2) CON OTRAS VARIABLES

Sexo. De las 784 pcdi que tienen alteraciones graves de conducta (56,28% de la muestra total), 427 son hombres (54,46%) y 357 son mujeres (45,53%). No hay diferencias significativas entre ambos sexos y el tener alteraciones graves de conducta ($X^{2(1)}=0,020a$; $p= 0,888$).

Edad. En el grupo de edad de entre 18 y 29 años, la proporción de personas que presentan alteraciones de conducta es significativamente superior que en el resto de los grupos, excepto en los grupo de mayor edad (>66) ($X^{2(2)}=19,241a$; $p<0,001$).

Alt. gr.C	Intervalos de edad													
	18-29		30-44		45-60		61-65		66-79		>80		Total	
	t	%	t	%	t	%	t	%	t	%	t	%	t	%
No	40 _a	27,2	192 _b	43,7	269 _b	47,4	58 _b	48,3	48 _{a,b}	42,1	2 _{a,b}	33,3	609	43,7
Sí	107_a	72,8	247 _b	56,3	298 _b	52,6	62 _b	51,7	66 _{a,b}	57,9	4 _{a,b}	66,7	784	56,3

Tabla 62: Alteraciones graves de conducta según los intervalos de edad.

Dentro de las pcdi con edad comprendida entre los 18 y los 29 años, hay más propensión a presentar alteraciones graves de conducta.

Ámbito. Se observan una relación significativa entre las pcdi que muestran alteraciones graves de conducta y el ámbito (rural y urbano) donde se les apoya ($X^{2(1)}=11,445$; $p=0,001$). La proporción de personas que presentan alteraciones graves de conducta es superior entre aquellas que acuden a centros de ámbito rural que aquellas que acuden a centros urbanos.

En los centros de ámbito rural se muestra de manera significativa un mayor porcentaje de pcdi con alteraciones graves de conducta, en comparación con los servicios ubicados en la ciudad.

	Ámbito						
	Rural		Urbano		Total		
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	
Alteraciones graves de conducta	No	259 _a	39.1	327 _b	48.2	586	43.7
	Sí	404_a	60.9	351 _b	51.8	755	56.3
		663	100	678	100	1.341	100

Tabla 63: Alteraciones graves de conducta según el ámbito del centro donde se preste el apoyo

Provincia. Se observan diferencias significativas entre las provincias participantes en el estudio ($X^{2(7)}=67,805a$; $p< 0,001$). Soria es la provincia en la que se registró una proporción superior de alteraciones de conducta; no obstante, el número de pcdi de Soria participantes en el estudio es pequeño.

		Provincia								Total
		Ávila	Burgos	León	Palencia	Salamanca	Soria	Valladolid	Zamora	
Alt de conducta	No	47	70	93	86	117	6	140	50	609
	Sí	49	126	80	113	151	11	96	158	784
Total		96	196	173	199	268	17	236	208	1.393

Tabla 64: Alteraciones graves de conducta según la provincia.

Porcentaje de Discapacidad. La proporción de personas que presentaron alteraciones graves de conducta fue significativamente superior entre aquellos con un porcentaje de discapacidad superior al 75% ($X^{2(2)}= 35,09$; $p <0,001$).

A mayor porcentaje de discapacidad, más presencia de alteraciones graves de conducta en pcdi.

		Intervalos de % de discapacidad							
		33-64		65-74		75-100		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Alterac. de C graves	No	76a	58,0	276a	48,8	237b	35,5	589	43,2
	Sí	55a	42,0	290a	51,2	431b	64,5	776	56,8
	Total	131	100	566	100	668	100	1.365	100

Tabla 65: Alteraciones graves de conducta según el porcentaje de discapacidad

Nivel de DI. La proporción de personas con DI que presentaron alteraciones graves de conducta fue significativamente superior entre aquellos con niveles de discapacidad moderado, grave y profundo ($X^{2(4)}=61,02$; $p < 0,001$). Por tanto, se observa que a mayor nivel de DI, mayor presencia de alteraciones de conducta graves.

		Nivel de Discapacidad Intelectual											
		Límite		Ligero		Moderado		Grave		Profundo		Total	
Alter. C		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No		64 _a	66,0	249 _a	50,8	210 _b	41,3	81 _c	30,6	3 _c	11,1	607	43,8
Sí		33 _a	34,0	241 _a	49,2	298 _b	58,7	184 _c	69,4	24 _c	88,9	780	56,2
Total		97	100	490	100	508	100	265	100	27	100	1.387	100

Tabla 66: Alteraciones graves de conducta según el nivel de DI

Las personas con discapacidad intelectual con más necesidades de apoyo, presentan más alteraciones graves de conducta.

Grado de dependencia. La proporción de pcdi que presentaron alteraciones graves de conducta fue significativamente superior entre aquellas pcdi con un grado de dependencia 2 (severa) y 3 (gran dependiente) ($X^{2(2)} = 41,74$; $p < 0,001$), en comparación con las pcdi no dependientes y pcdi dependientes de grado 1 (moderado).

A mayor grado de dependencia, mayor presencia de alteraciones graves de conducta.

Alterac. graves de C	Grado de dependencia reconocido							
	No dependiente		Grado 1 (Moderado)		Grado 2 (Severo)		Grado 3 (Gran dependiente)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
No	36 _{a,c}	51,4	177 _a	54,1	195 _{b,c}	39,9	110 _b	32,8
Sí	34 _{a,c}	48,6	150 _a	45,9	294 _{b,c}	60,1	225 _b	67,2
Total	70	100	327	100	489	100	335	100

Tabla 67: Alteraciones graves de conducta según el grado de dependencia

SIS e ICAP. Entre las variables alteraciones graves de conducta y la aplicación y la puntuación de la SIS o el ICAP, no se encontraron relaciones significativas.

Modificación de la capacidad. Existe una relación significativa entre tener modificada la capacidad y presentar alteraciones graves de conducta ($\chi^{2(2)}=11,14;p=0,004$).

La proporción de personas que presenta alteraciones graves de conducta es significativamente superior entre aquellas que tienen modificada de la capacidad (56.8%) frente a las que no la tienen (48,3%).

Alteraciones de conducta graves		Modificación de la capacidad							
		Sí		No		Lo desconozco		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
	No	427 _a	41,4	169 _b	51,7	13 _{a,b}	38,2	609	43,7
	Sí	605 _a	58,6	158 _b	48,3	21 _{a,b}	61,8	784	56,3
	Total	1.032	100	327	100	34	100	1.393	100

Tabla 68: Alteraciones graves de conducta y tener modificada la capacidad

De manera más específica, se observa relación significativa entre tener modificada la capacidad y presentar heteroagresividad o daño a otros ($\chi^{2(2)}=32,831a; p<0,001$).

La proporción de pcdi que presentan conductas heteroagresivas graves, es significativamente superior entre aquellos que tienen modificada la capacidad, en comparación con los que no la tienen modificada.

Asimismo, existe una relación significativa ($\chi^2(2)=11,302; p=0,004$) entre **quién ejerce como tutor o curador** y las alteraciones graves de conducta.

Se observa que la proporción de personas que tiene alteraciones graves de conducta es superior entre aquellas pcdi que son tutorizadas por su familia cercana, en comparación con aquellas tutorizadas por su familia extensa o por una institución o asociación.

		Alteraciones graves de conducta			
		No	%	Sí	%
Tutor/ Curador	Familia cercana (padres, hermanos)	332 _a	78,1	518 _b	85,6
	Familia extensa (otros familiares)	23 _a	5,4	15 _b	2,5
	Institución, Fundación Tutelar o Asociación	70 _a	16,5	72 _b	11,9
	Total	425	100	605	100

Tabla 69: Alteraciones graves de conducta según el rol tutor/curador

Entorno de residencia de la persona. De las 784 pcdi que presentan alteraciones graves de conducta, 234 pcdi viven en el entorno familiar (29,85%) y 550 pcdi viven en recursos diferentes a la familia (70,15%).

No se observa relación significativa entre el entorno donde reside la pcdi y tener o no tener alteraciones graves de conducta ($\chi^2(1) = 0,899$; $p = 0,343$).

Opción	Alt. Graves C	%	Total N	% de total
Servicio de Día al que asiste (CO/CD/CEE)	72	9,18	138	9,90
Residencia/Vivienda	106	13,52	165	11,84
Ambos	589	75,12	1.046	75,08
Ninguno	1	0,12	21	1,50
Lo desconozco	16	2,04	23	1,65
Total	784	100	1.393	100

Tabla 70: Alteraciones graves de conducta y el entorno donde se presta apoyo..

Tiempo de institucionalización. De las pcdi que residen en recursos diferentes a la familia y tienen alteraciones graves de conducta (N=550), 528 pcdi viven en recursos institucionalizados (residencia y/o pisos tutelado).

No se han encontrado diferencias significativas entre alteraciones graves de conducta y el tiempo de institucionalización tanto en residencias y/o pisos tutelados ($X^2(5) = 5,051$; $p = 0,410$), como el tiempo que lleva la pcdi siendo apoyada en CO/CD ($X^2(5) = 2,831$; $p = 0,726$).

Tipo de centro. Existe una relación significativa entre el tipo de centro donde se encuentra la pcdi y la presencia de alteraciones graves de conducta ($\chi^2(2) = 8,056$; $p = 0,018$).

La proporción de pcdi que presenta alteraciones graves de conducta es significativamente mayor en los CO y CD, en comparación a los que trabajan en un CEE. Esto es lógico si tenemos en cuenta que en los CEE suele haber personas con menos necesidades de apoyo.

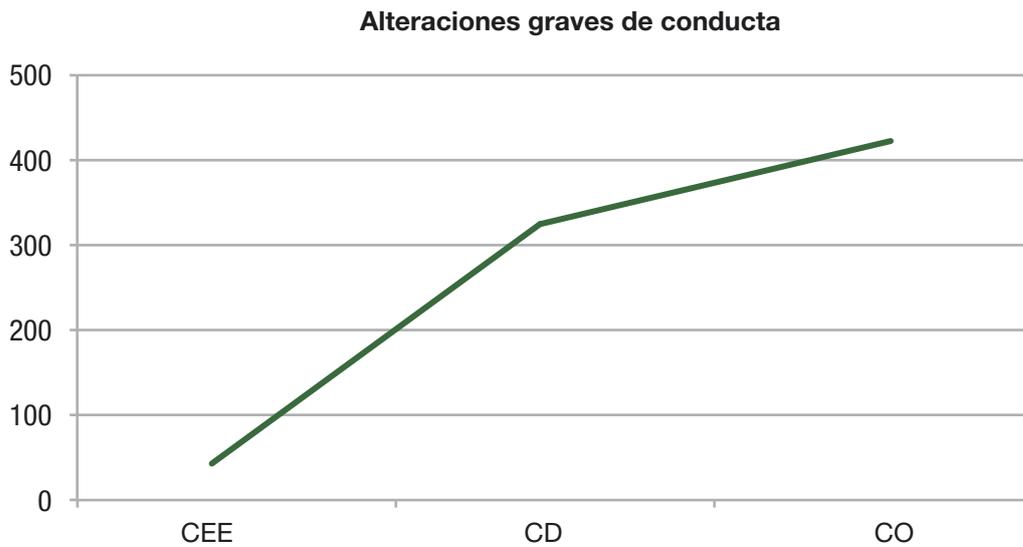


Tabla 71: Presencia de déficit sensorial en pcdi con alteraciones graves de conducta

Síndromes específicos. No se ha realizado el cruce con los síndromes específicos analizados en el estudio, debido a que la muestra de cada uno de ellos no es suficiente.

Problemas de salud. En un 11,62% de la muestra total (N=1.393) se desconoce si las alteraciones de conducta de las pcdi cursan con problemas de salud, mientras que en el 88,38% sí se percibe esa relación..

De estas 1.231 pcdi en las que se percibe esta relación, cerca de un 3% considera que las alteraciones graves de conducta cursan con los problemas de salud “prácticamente siempre” y un 17% “muchas veces”; de manera inversa, un 28,10% cree que “pocas veces” cursan ambas variables y más de la mitad (51,90%) que “prácticamente nunca”.

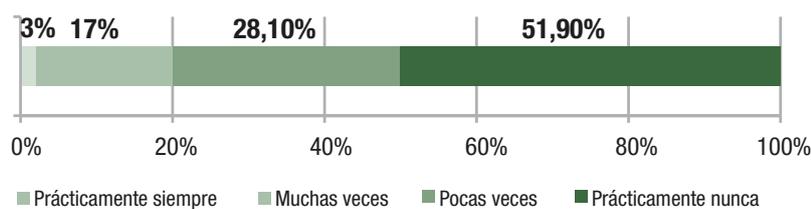


Gráfico 72: Problemas de salud y alteraciones graves de conducta

Además, la proporción de personas que presentaron alteraciones de conducta fue significativamente superior entre aquellos con los siguientes problemas de salud:

- a) Con **problemas bucodentales** (67,9%) frente a los que no presentan estos problemas (55,5%).

Problemas dentales o bucales ($X^{2(1)} = 4,868$; $p = 0,027$).

		No		Sí		Total	
		f	%	f	%	f	%
		Alteraciones de conducta graves	No	582 _a	44,5	27 _b	32,1
	Sí	727 _a	55,5	57_b	67,9	784	56,3
	Total	1.309	100	84	100	1.393	100

Tabla 73: Presencia de problemas bucodentales en pcdi con alteraciones graves de conducta

b) Con **déficit sensorial** (63,1%) frente a los que no presentaron estos problemas (55,3%)

Déficit sensorial ($X^{2(1)} = 3,914$; $p = 0,048$)

		No		Sí		Total	
		f	%	f	%	f	%
		Alteraciones de conducta graves	No	543 _a	44,7	66 _b	36,9
	Sí	671 _a	55,3	113_b	63,1	784	56,3
	Total	1.214	100	179	100	1.393	100

Tabla 74: Presencia de déficit sensorial en pcdi con alteraciones graves de conducta

c) Con **problemas gastrointestinales** (66,1%) frente a los que no los presentaron (54,8%)

Problemas gastrointestinales ($X^{2(1)} = 8,117$; $p = 0,004$).

		No		Sí		Total	
		f	%	f	%	f	%
		Alteraciones de conducta graves	No	548 _a	45,2	61 _b	33,9
	Sí	665 _a	54,8	119_b	66,1	784	56,3
	Total	1.213	100	180	100	1.393	100

Tabla 75: Presencia de problemas gastrointestinales en pcdi con alteraciones graves de conducta

d) Y por último, la proporción de personas que presentaron alteraciones de conducta fue significativamente superior entre aquellos con **epilepsia** (65,2%) frente a los que no presentaron estos problemas (54,2%).

Epilepsia ($\chi^2(1)=10.603$; $p=0,001$).

	No		Sí		Total	
	f	%	f	%	f	%
Alteraciones de conducta graves						
No	516 _a	45,8	93 _b	34,8	609	43,7
Sí	610 _a	54,2	174_b	65,2	784	56,3
Total	1.126	100	267	100	1.393	100

Tabla 76: Presencia de epilepsia en pcdi con alteraciones graves de conducta

Otros problemas de gran representatividad en la muestra son las alteraciones del sueño y los dolores crónicos recurrentes (incluyendo dolor menstrual y migrañas), sin embargo, en ellos no se observa ninguna relación significativa con las alteraciones graves de conducta.

A continuación, se presentan las relaciones entre diferentes tipos de alteraciones de conducta.

Tipos de alteraciones de conducta de manera simultánea. Hay alteraciones graves de conducta que tienden a aparecer con otras. En esta línea, se observa que las conductas heteroagresivas tienden a aparecer junto a las conductas destructivas; el retraimiento con las conductas repetitivas o estereotipias y las conductas no colaboradoras y disruptivas, junto a la conducta social ofensiva formando un “cluster” o agrupación. Solo las conductas autolesivas no tienden a agruparse con otras.

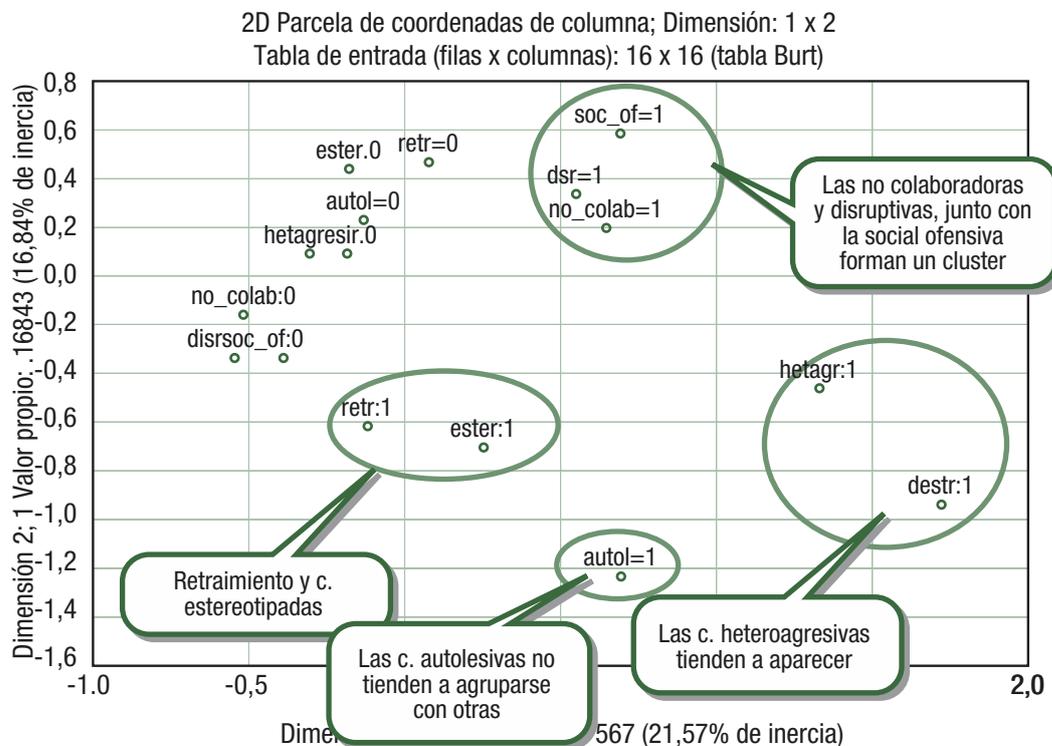


Gráfico 38: Agrupación de alteraciones de conducta de manera simultánea

Dado que las alteraciones de conducta las hemos medido en función de su frecuencia y su gravedad, a continuación se presentan los cruces de estas dos dimensiones (frecuencia y gravedad) con diferentes variables de interés.

Frecuencia de las alteraciones graves de conducta y variables significativas. A continuación se establece la graduación de la frecuencia de las diferentes alteraciones de conducta que clasifica el ICAP. La frecuencia puede variar entre menos de una vez al mes y más de una vez por hora.

	Frecuencia de alteraciones de conducta				
	<1 al mes	1-3 al mes	1-6/ semana	1-10/ día	1 ó + por hora
Conducta autolesiva	31,4%	28,6%	26,1%	11,6%	2,2%
Heteroagresividad	46%	38,7%	13%	2,4%	-
Destrucción de objetos	44,3%	40%	12,8%	2,6%	0,4%
Conducta disruptiva	10%	28%	36,7%	21,2%	4%
Estereotipias	3,4%	12,9%	25,7%	43,3%	14,7%
Conducta social ofensiva	9,7%	36,3%	37,1%	15,3%	1,6%
Falta de atención	7,2%	15,9%	34,3%	33,5%	9%
Conductas no colabor.	13,4%	33,2%	36,1%	15,9%	1,4%

Tabla 77: Representación de la frecuencia de alteraciones de conducta

Como muestra el gráfico, las **estereotipias o hábitos atípicos y repetitivos**, son las conductas que más veces se dan por hora en un 14,7% de las pcdi que presentan este tipo de alteraciones de conducta.

Si analizamos la frecuencia por otras variables de interés, encontramos lo siguiente:

a. Frecuencia de alteraciones graves de conducta y tipo de centro

Se observa una relación significativa entre la frecuencia de estereotipias y el tipo de centro donde se encuentre la pcdi ($X^{2(8)}= 27,882$; $p= 0,001$). Se observa mayor proporción de pcdi con frecuentes estereotipias de manera significativa en los centros de día y en los centros ocupacionales, en comparación con los centros especiales de empleo. Lo mismo sucede con el retraimiento y la falta de atención ($X^{2(8)}=49,615a$; $p< 0,001$).

Además, la frecuencia con la que aparece el comportamiento autolesivo está relacionada con el tipo de centro donde se encuentra la pcdi ($X^2= 21,829$; $p= 0,005$). Se observa mayor proporción de pcdi con frecuentes autolesiones en los centros de día.

La frecuencia del comportamiento heteroagresivo ($X^{2(8)}=74,959a$; $p<0,001$), la destrucción de objetos ($X^{2(8)}= 32,802a$; $p<0,001$) y la conducta disruptiva ($X^{2(8)}=36,858a$; $p< 0,001$) en los centros de día es mayor, en comparación con los centros ocupacionales y los centros especiales de empleo donde la frecuencia es significativamente menor.

La frecuencia de la conducta social ofensiva se da en una proporción mayor de pcdi en los centros ocupacionales ($X^{2(6)}=27,870a$; $p < 0,001$) al igual que las conductas no colaboradoras ($X^{2(8)}=63,369a$; $p < 0,001$).

b. Frecuencia de alteraciones graves de conducta y tener diagnóstico de trastorno mental

Específicamente, resulta significativa la frecuencia con la que se da el comportamiento autolesivo o daño a sí mismo, con tener trastorno mental diagnosticado ($X^2=11,631$; $p=0,02$), es decir, que las pcdi que no tienen diagnóstico de trastorno mental presentan este tipo de alteración conductual de manera más frecuente.

c. Frecuencia de alteraciones graves de conducta y edad

En esta misma línea, existe una relación significativa con la edad.

La frecuencia del comportamiento autolesivo es significativamente mayor ($X^{2(8)}=19,460$; $p=0,013$) en pcdi más jóvenes. Por su parte, las conducta no colaboradoras presenta una frecuencia mayor en edades comprendidas entre 39 y 57 años ($X^{2(8)}= 20,357$; $p=0,009$).

Gravedad de las alteraciones graves de conducta. Del mismo modo, se establece la graduación de la gravedad de las diferentes alteraciones de conducta que clasifica el ICAP. La gravedad puede variar entre considerar la alteración de conducta como un problema leve a ser un problema crítico.

	Gravedad de alteraciones de conducta				
	No es un problema	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema crítico
Conducta autolesiva	7,9%	46,5%	37,4%	7,2%	0,9%
Heteroagresividad	4,8%	39,3%	43%	12,3%	0,6%
Destrucción de objetos	6,4%	48,5%	36,2%	8,9%	-
Conducta disruptiva	6,7%	52,1%	35,1%	6%	0,1%
Estereotipias	17,2%	56,1%	22,7%	3,7%	0,4%
Conducta social ofensiva	6,7%	56,3%	32,6%	4,5%	-
Falta de atención	13,6%	55,6%	26,5%	3,8%	0,5%
Conductas no colabor.	4,8%	52%	38%	5,1%	0,1%

Tabla 78: Gravedad y/o intensidad de las alteraciones graves de conducta

En función de la gravedad de las diferentes alteraciones de conducta, observamos, que la mayoría de las pcdi que las presentan, las muestran como problema leve.

En segundo lugar, el grado moderado aparece en un porcentaje significativo de la muestra en las conductas no colaboradoras (un 38% de las pcdi que las presentan), así como en conducta autolesiva, destrucción de objetos y conducta destructiva (entre un 35 y un 37,4%).

La consideración “problema muy grave”, se muestra entre un mínimo del 3,7% (estereotipias) y un máximo del 12,3% (daño a otros).

Relación entre la frecuencia y gravedad de las alteraciones de conducta. Entre la frecuencia con la que aparecen las distintas alteraciones de conducta y la gravedad de las mismas no existen relaciones significativas, ($X^2=19,772$; $p= 0,072$).

CRITERIO 3. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

En este apartado se muestran los datos referentes al consumo de psicofármacos como **tratamiento psiquiátrico de las 1.393 pcdi que conforman la muestra del estudio.**

Se observa que **casi un 95% (1.323 pcdi) consumen algún tipo de psicofármaco.** El principal consumo de las pcdi con alteraciones de la salud mental son los antipsicóticos (71,12%), seguido a cierta distancia de los ansiolíticos (48,75%) y de los antidepresivos (35,82%).

PCDID que consumen psicofármacos: 1.323	Frec.	% 1.323	% 1.393
ANTIPSIKÓTICOS	941	71,12	67,55
ANTIPARKINSONIANOS	114	8,62	8,18
ANSIOLÍTICOS	645	48,75	46,30
PSICOESTIMULANTES	11	0,83	0,79
TRATAMIENTO DEMENCIA	14	1,05	1,01
ANTIEPILÉPTICOS	385	29,10	27,64
ANTIDEPRESIVOS	474	35,82	34,03
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS	1	0,07	0,07
ESTABILIZADORES	247	18,66	17,73
OTRO PSICOFÁRMACOS	2	0,15	0,14

Tabla 79: Consumo de psicofármacos de la muestra de pcdi (N=1.393) y de la muestra de pcdi que consume psicofármacos (N=1.323)

A continuación, presentamos los resultados de cruzar este criterio (consumo de psicofármacos) con las principales variables sociodemográficas.

Sexo. De las 1.323 pcdi que tienen tratamiento psicofarmacológico, 723 (54,6%) son hombres y 600 (45,3%) son mujeres.

No se observan diferencias significativas entre el consumo de psicofármacos y el sexo ($X^{2(1)}=0,000a$; $p= 0,995$).

Edad. Existe relación significativa entre el consumo de psicofármacos y la edad de la pcdi ($X^{2(2)}=12,951a$; $p= 0,002$).

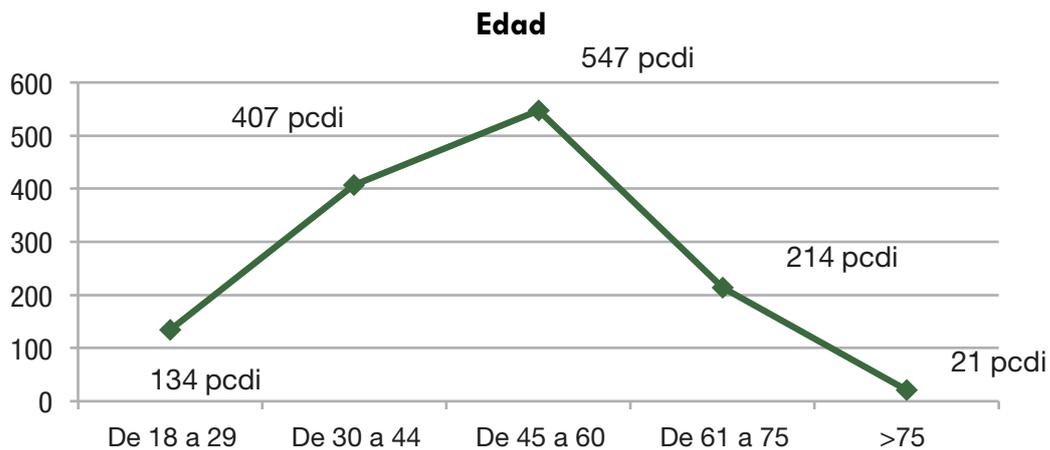


Gráfico 39: Representación del consumo de psicofármacos según el intervalo de edad

La edad en la que las pcdi consumen más psicofármacos de manera significativa es en el intervalo entre 45-60 (41,34%), en comparación con los demás rangos de edad. A partir de los 37 años es donde se produce un aumento significativo de la toma de medicación psicofarmacológica.

Ámbito y provincia. El ámbito donde se encuentre el centro donde se presta apoyo a la pcdi, y la provincia no muestran relación significativa con el consumo o no de psicofármacos ($X^2=1,138$; $p=2,286$) y ($X^{2(7)}= 3,272$; $p= 0,859$) respectivamente.

Porcentaje de discapacidad. Las pcdi que consumen psicofármacos tienen un porcentaje de discapacidad medio (73.57%, $SD=12.92$) significativamente superior que los que no consumen psicofármacos (71.05%, $SD=14.14$), $t(1365) = 2.73$, $p < .05$.

Nivel DI. El nivel de DI y el consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico no tienen relación significativa ($X^2= 2,694$; $p= 0,747$).

Grado de dependencia. El grado de dependencia y el consumo de psicofármacos están relacionados de manera significativa ($X^{2(4)}= 29,498a$; $p < 0,001$).

La proporción de pcdi que consumen psicofármacos como tratamiento psiquiátrico es significativamente superior entre aquellos que tienen grado 1,2 o 3 de dependencia en comparación con aquellos que no son dependientes.

		Grado de dependencia reconocido					Total
		Grado 1	Grado 2	Grado 3	No dependiente	No valorado	
Consumo de psicofármacos	No	10	18	14	10	18	70
	Sí	318	474	323	60	148	1.323
Total		328	492	337	70	166	1.393

Tabla 80: Consumo de psicofármacos según el grado de dependencia reconocido

Modificación de la capacidad. Existe relación significativa entre el consumo de psicofármacos y tener o no tener modificada la capacidad ($X^{2(2)}= 11,039^a$; $p=0,004$).

Es mayor la proporción de pcdi que consumen psicofármacos y que tienen modificada la capacidad, en comparación con los que no consumen psicofármacos.

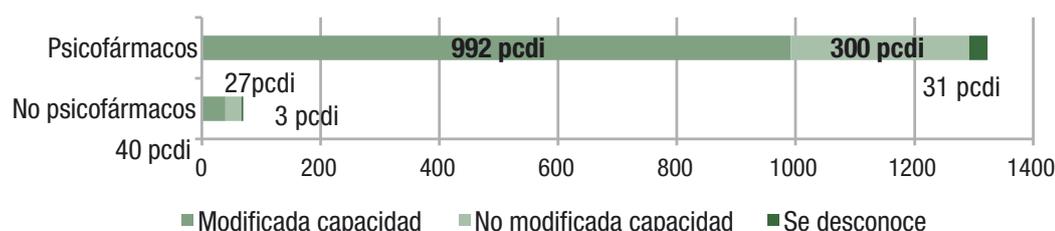


Gráfico 40: Consumo de las pcdi que tienen o no modificada la capacidad

Dónde reside la persona. Existe relación significativa entre el consumo de psicofármacos y el entorno dónde reside la pcdi ($X^{2(1)}= 37,088^a$; $p<0,001$).

Hay una significativa mayor proporción de pcdi que consumen psicofármacos que residen en recursos diferentes a la familia, en comparación con las pcdi que consumen psicofármacos que residen en entorno familiar.

		Recursos					
		Entorno familiar		Recursos diferentes a la familia		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Consumo de psicofármacos	No	45	10,3	25	2,62	70	5,03
	Sí	392	89,7	931	97,38	1.323	94,97
Total		437	31,37	956	68,63	1.393	100

Tabla 81: Consumo de psicofármacos de las pcdi en función del entorno donde residen

Tiempo de institucionalización. La relación entre estas dos variables no resulta significativa ($X^2=1,077$; $p= 0,956$).

Tipo de centro. Existe relación significativa entre el consumo de psicofármacos y el tipo de centro dónde se apoya a la pcdi ($X^{2(2)}= 10,312^a$; $p= 0,006$).

		Tipo de centro							
		CO		CD		CEE		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Consumo de psicofármacos	No	38	4,92	19	3,78	13	10,92	70	5,03
	Sí	734	95,08	483	96,22	106	89,07	1.323	94,97
Total		772	100	502	100	119	100	1.393	100

Tabla 82: Consumo de psicofármacos en función del tipo de centro dónde se apoya a las pcdi

Se observa que en los CO y los CD es donde las pcdi tienen un mayor consumo de psicofármacos, frente a los CEE".

Síndromes específicos. No se han encontrado relaciones significativas y, de hecho, el tamaño muestral de los grupos es reducido.

3.2.3. COMUNICACIÓN, REDES SOCIALES Y PARTICIPACIÓN

Bajo este epígrafe se presentan los resultados relacionados con variables más de tipo social, como son habilidades y dificultades de comunicación, el establecimiento de redes sociales y la participación en actividades relevantes y significativas.

3.2.3.1. COMUNICACIÓN

A continuación se muestran los datos relacionados con las habilidades y dificultades de comunicación de las pcdi participantes en el estudio.

Tal como se muestra en la siguiente tabla, 349 pcdi tienen dificultades en su comunicación a la hora de comprender y expresarse (55,84%), un 54,70% consiguen expresarse y hacerse entender bastante bien y 276 pcdi (19,81%) no tiene dificultades en su centro o entorno familiar, pero sí fuera de él.

Dificultades de comunicación	Fr	%
No, generalmente consigue expresarse y hacerse entender (tiene habilidades comunicativas funcionales)	762	54,70
En el centro o entorno familiar o conocido inmediato no tiene dificultad pero fuera de este entorno si tiene cierta dificultad	276	19,81
Sí generalmente tiene bastantes problemas de expresión y/o comprensión	349	25,06
Se desconoce	6	0,43
Total	1.393	100

Tabla 83: Habilidades y dificultades de comunicación de la muestra

De toda la muestra (N=1.393) los encuestadores consideran que las conductas problemáticas cursan con los problemas de comunicación muchas veces o prácticamente siempre en un 19,17%; aumentando este porcentaje al 48,31% si consideramos la variable “algunas veces cursan los problemas de comunicación con los problemas de conducta”.

De hecho, constatamos que una relación significativa entre tener dificultades de comunicación y presentar alteraciones de conducta ($X^{2(3)}=31,585a$; $p < 0,001$).

Las pcdi que tienen habilidades comunicativas funcionales muestran de manera significativa menor riesgo de presentar alteraciones graves de conducta en comparación con aquellos que tiene bastantes problemas de expresión y comprensión.

Más concretamente, tener dificultades de comunicación y presentar estereotipias muestra relación significativa ($X^{2(2)}=77,981$; $p < 0,001$)

Además, tener problemas de comunicación se relaciona de manera significativa con los comportamientos autolesivos y heteroagresivos ($X^{2(2)}=18,858a$; $p < 0,001$), ($X^{2(2)}=43,104a$; $p < 0,001$), al igual que ocurre con las conductas de destrucción de objetos ($X^{2(2)}=31,841a$; $p < 0,001$).

Por el contrario, las pcdi que tienen buena comunicación con los demás tienden a presentar de manera significativa menos conductas disruptivas (actividades que interfieren a otros) que aquellas pcdi que tiene dificultades a la hora de comunicarse ($X^{2(2)}=12,531$; $p = 0,002$).

3.2.3.2. REDES SOCIALES

Los problemas para relacionarse son una realidad muy frecuente entre las pcdi con alteraciones de la salud mental. De las 1.393 pcdi de la muestra, un 71% confirman esta realidad; es decir, 989 pcdi tienen problemas para relacionarse y/o redes sociales muy limitadas. Esta falta de relaciones y/o problemas para establecerlas, se considera según sus propios profesionales que en un 45,4% de los casos (449 pcdi), cursan con problemas de conducta.

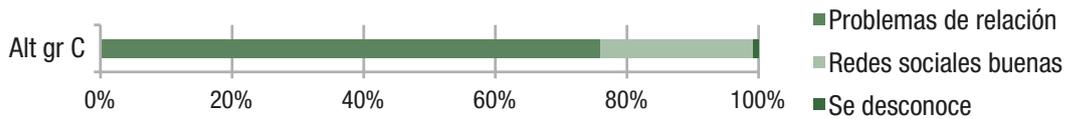


Gráfico 41: Representación de los problemas de para relacionarse y/o redes sociales muy limitadas

Existe relación significativa entre presentar alteraciones de conducta y tener problemas de relación social ($X^{2(2)}=21,140a$; $p < 0,001$). Las alteraciones de conducta que presentan relaciones más significativas con tener o no tener redes sociales son: el comportamiento autole-sivo ($X^{2(2)}=43,104$; $p < 0,001$), la heteroagresividad ($X^{2(2)}=18,663$; $p < 0,001$), la destrucción de objetos ($X^{2(2)}=31,841$; $p < 0,001$), conducta disruptiva ($X^{2(2)}=12,531$; $p = 0,002$) y las estereotipias ($X^{2(2)}=77,981$; $p < 0,001$).

Es decir, que las pcdi con redes sociales más limitadas, presentan más alteraciones graves de conducta y en consecuencia, las pcdi con más alteraciones graves de conducta tienen más problemas para relacionarse.

3.2.3.3. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RELEVANTES

La participación de las pcdi en tareas o actividades relevantes y/o interesantes para ellas, muestra los siguientes datos en la totalidad de muestra participante: 850 pcdi sí participan en tareas interesantes para ellas, de ellas, 123 lo hacen “siempre” y 727 lo hacen “de manera habitual”, 517 pcdi apenas o nunca participan en actividades relevantes (de ellas, 468 lo hacen “muy pocas veces” y 49 “nunca”) y en 26 de los casos se desconoce esta información:

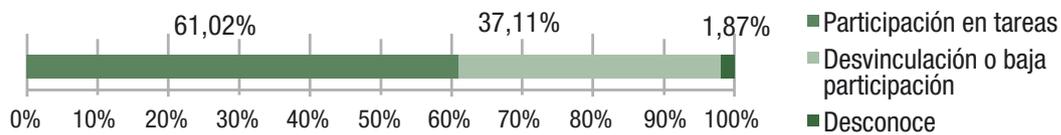


Gráfico 42: Participación en actividades relevantes para las pcdi

En todo caso, la ocupación o no en actividades de interés para las pcdi no ha mostrado relación significativa con presentar alteraciones graves de conducta ($X^{2(4)}=8,462a$; $p = 0,076$).

3.2.4. RESPUESTA SANITARIA Y RESPUESTA POR PARTE DEL SERVICIO

A continuación se presentan los resultados relacionados con la respuesta del entorno, más concretamente aquella derivada del sistema sanitario y seguidamente, la respuesta por parte del servicio social (red de servicios de apoyo).

3.2.4.1. RESPUESTA SANITARIA

Diferenciamos aquí las siguientes variables:

1. Revisión de la medicación psicofarmacológica
2. Seguimiento periódico de salud mental
3. Atención en urgencias en los últimos 12 meses
4. Ingreso en los último 12 meses en hospital o unidad de salud mental

1. Revisión de la medicación psicofarmacológica

De las 1.323 pcdid que toman medicación psicofarmacológica, a un 60,54% se le ha revisado la medicación hace menos de 8 meses.

	Últimos 4 meses		Hace entre 4-8 meses		Hace entre 8-12 meses		Hace más de 1 año		No se conoce		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Revisión de medicación	443	33,48	358	27,05	232	17,53	191	14,43	99	7,48	1.323	100

Tabla 84: Revisión de la medicación psicofarmacológica

Si analizamos la relación con distintas variables sociodemográficas, constatamos que que no hay relación significativa con el sexo de las pcdi, pero sí lo hay con:

Edad ($X^{2(16)}= 49,496$; $p < 0,001$): En edades más tempranas (entre 18 y 29 años), la proporción de personas a las que se les ha revisado el tratamiento psicofarmacológico en los último 8 meses es significativamente superior. Entre los 30 y 60 años ocurre de manera similar.

Ámbito ($X^{2(4)}=26,604$; $p < 0,001$): La proporción de pcdi a las que se les ha revisado la medicación en los últimos 4 meses es significativamente superior entre aquellas que acuden o se les apoya en centros de ámbito rural. Por el contrario, la proporción de personas a las que se les revisa el tratamiento psiquiátrico entre 8 y 12 meses es significativamente superior en aquellas pcdi que son apoyadas en centros de ámbito urbano.

Provincia ($X^{2(28)}= 279,720$; $p < 0,001$): Las revisiones de la medicación muestran relación significativa con la provincia. Valladolid y Salamanca tienen la mayor proporción de pcdi atendidas en los últimos 4 meses; dicha relación es significativa en León y Zamora si ampliamos el intervalo de revisión entre 4 y 8 meses.

2. Seguimiento periódico de salud mental por parte de algún servicio/equipo de salud público/privado (psiquiatra, psicólogo clínico, neurólogo, atención primaria)

En este apartado se muestra la frecuencia de pcdi a las que se les realiza un seguimiento periódico por parte de algún servicio de salud y el profesional que lo realiza.

Seguimiento	Fr	%
Sí	1.183	84,92%
No	158	11,35%
Se desconoce	52	3,13%
Total	1.393	100%

Tabla 85: Seguimiento por servicio de salud mental

Se observa que a casi **el 85% de la muestra sí se le realiza un seguimiento por parte de salud mental, siendo los psiquiatras (77,18%) los profesionales que realizan la mayor parte de este seguimiento en pcdi.**

Opción	Frecuencia	%
Médico de atención primaria	139	11,75%
Psiquiatra	913	77,18%
Psicólogo	39	3,3%
Neurólogo	87	7,35%
Otro	5	0,42%
Total	1.183	100%

Tabla 86: Profesional que realiza el seguimiento

Si analizamos la relación del profesional que realiza el seguimiento con diferentes variables sociodemográficas, encontramos relaciones significativas con:

Edad

Existe relación significativa entre el profesional que realiza el seguimiento y la edad de la pcdi ($X^{2(12)}=53,020$; $p<0,001$). Específicamente muestran diferencias significativas el seguimiento por parte del psiquiatra (más frecuente en pcdi más jóvenes y hasta los 60 años) y del médico de atención primaria (más frecuente en pcdi de más de 60 años).

No existen diferencias significativas en el seguimiento por parte del neurólogo y el psicólogo.

Esta misma relación se observa entre el profesional que realiza el seguimiento y la edad media de las pcdi ($X^{2(3)}=14,889$; $p<0,001$).

El gráfico muestra que las pcdi de mayor media de edad tienen un seguimiento por el médico de atención primaria y en menor medida por el psicólogo (éste no de manera significativa). Sin embargo, con pcdi más jóvenes el seguimiento se realiza en mayor medida por el psiquiatra.

Seguimiento según la media de edad

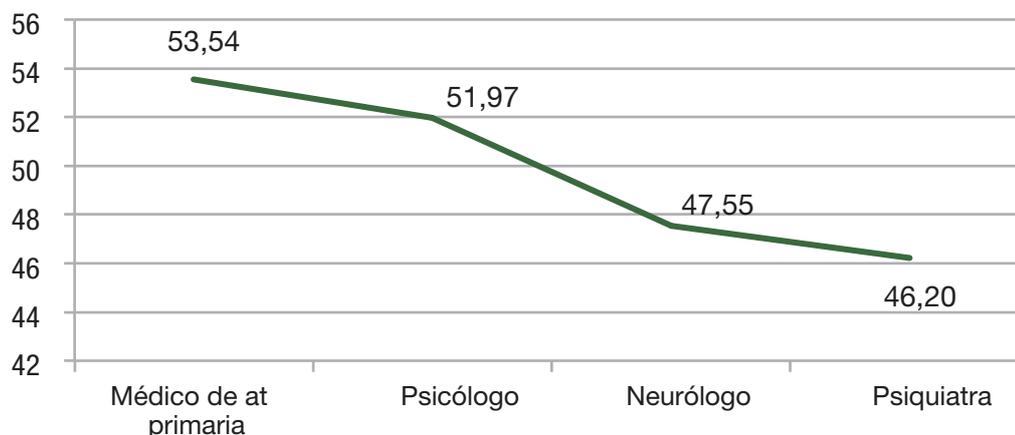


Gráfico 43: Prueba de igualdad de medias de edad y el profesional que realiza el seguimiento. Anova

Ámbito

Existe una relación significativa entre el profesional que realiza el seguimiento de la pcdi con alteraciones de la salud mental y el ámbito ($X^{2(3)} = 8,874$; $p = 0,031$).

La proporción de pcdi que tienen un seguimiento periódico de su salud mental por parte del médico psiquiatra es significativamente superior en aquellas que acuden o residen en centros de ámbito rural, mientras que la proporción de pcdi que tienen un seguimiento periódico por parte del médico de atención primaria es mayor en aquellas que acuden a centros de ámbito urbano.

	rural		urbano		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Médico At primaria	49 _a	8,89	90_b	14,24	139	11,75
Psiquiatra	440_a	79,85	473 _b	74,84	913	77,18
Psicólogo	17 _a	3,08	22 _a	3,48	39	3,3
Neurólogo	41 _a	7,44	46 _a	7,28	87	7,35
Otro/vari	4 _a	0,73	1	0,16	5	0,42
Total	551	100	632	100	1.183	100

Tabla 87: Profesional que realiza el seguimiento en función del ámbito (urbano y rural)

Provincia

Existe una relación significativa entre el profesional que realiza el seguimiento de la pcdi con alteraciones de la salud mental y la provincia ($X^{2(21)} = 111,054$; $p < 0,001$), siendo Burgos la provincia en la que los psiquiatras realizan un mayor seguimiento en comparación con el resto.

Por otro lado, respecto a la **periodicidad del seguimiento**, 1.183 pcdi llevan un seguimiento periódico de su salud mental (84,92%). Dicha periodicidad se observa en la tabla siguiente:

		Fr	%
Periodicidad del seguimiento	En los últimos 4 meses	384	32,46
	Hace entre 4-8 meses	421	35,58
	Hace entre 8-12 meses	256	21,65
	Hace más de 1 año	79	6,68
	Lo desconozco	43	3,63

Tabla 88: Periodicidad del seguimiento

Si analizamos la relación con variables sociodemográficas, constatamos relación con:

Edad ($X^2(16)= 34,812$; $p=0,004$).

En el gráfico se observa que a mayor edad, más se espacian los periodos de seguimiento, mientras que a edades más tempranas el seguimiento se realiza con mayor frecuencia

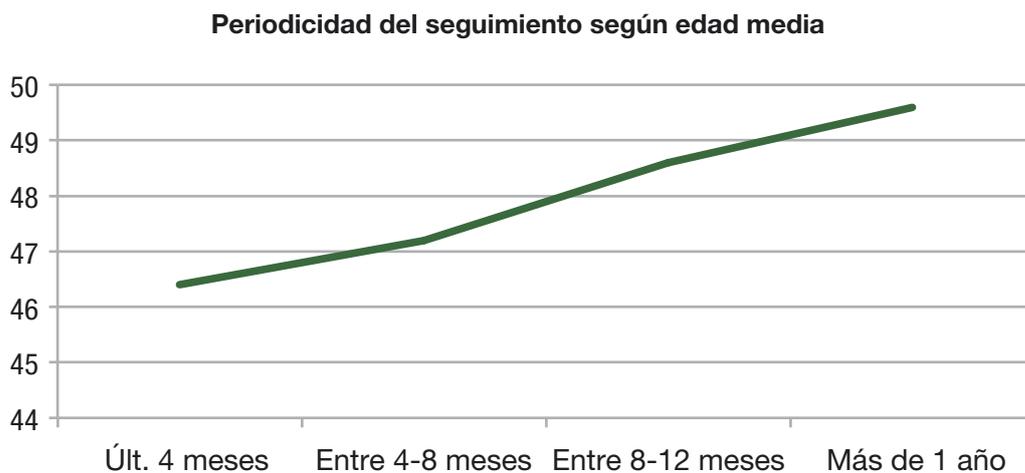


Gráfico 44: Representación de la periodicidad del seguimiento según la media de edad

Ámbito ($X^2(16)= 34,812$; $p= 0,004$).

Dicha relación se observa en el seguimiento realizado en los últimos 4 meses: la proporción de pcdi a las que les han realizado el seguimiento en los último 4 meses es superior en aquellas pcdi que acuden a centros de ámbito rural, en comparación con las pcdi que acuden a centros de ámbito urbano donde la periodicidad del seguimiento se amplía la intervalo entre 8 y 12 meses.

		ámbito			
		rural		urbano	
		Fr	%	Fr	%
Periodicidad del seguimiento por algún facultativo	Últimos 4 meses	209 _a	37,93	175 _b	27,69
	Entre 4-8 meses	188 _a	34,12	233 _a	36,87
	Entre 8-12 meses	93 _a	16,88	163 _b	25,79
	Más de 1 año	38 _a	6,9	41 _a	6,49
	Lo desconozco	23 _a	4,17	20 _a	3,16
	Total	551	100	632	100
Total	1.183		100%		

Tabla 89: Periodicidad del seguimiento según el ámbito

3. Atención en urgencias en los últimos 12 meses por sus problemas de conducta

Un 5,74% de la muestra ha tenido que ser atendida en urgencias en los últimos 12 meses por sus alteraciones de conducta. De estas 80 pcdi atendidas, 43 de ellas (53,75%) han acudido una sola vez, 23 pcdi (28,75%) en 2 ocasiones y 14 pcdi (17,5%) en 3 o más ocasiones.

Respecto a la relación con variables sociodemográficas, se ha encontrado relación significativa con:

Edad ($X^{2(2)}= 7,152^a$; $p= 0,028$).

Se observa que entre los 30 y 44 años se encuentra el intervalo de edad de mayor atención en urgencias, siendo la edad media predominante los 41 años.

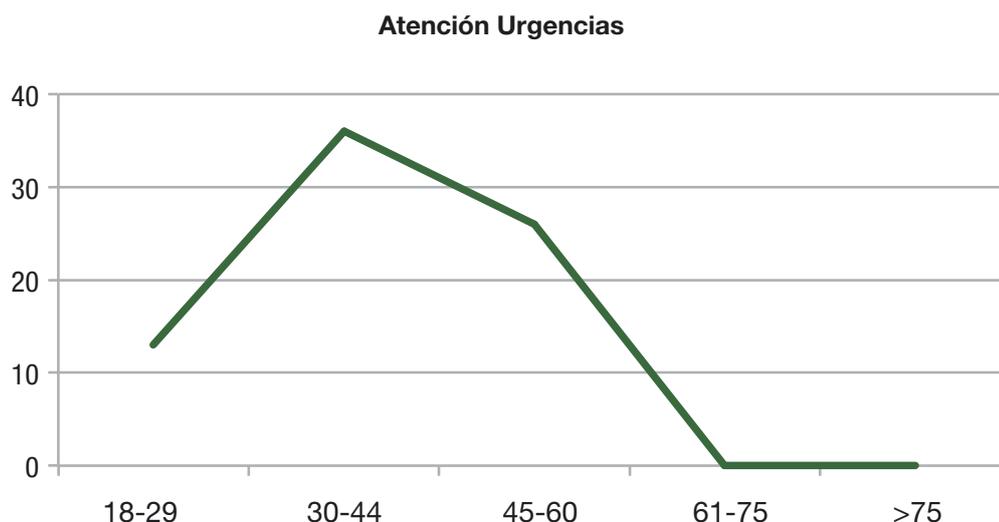


Gráfico 45: Representación de la atención en urgencias según la edad de la pcdi.

Ámbito ($X^{2(1)}=8,865$; $p=0,003$)

De manera significativa en mayor proporción han tenido que ser atendidas en urgencias las pcdi que acuden a centros o servicios de ámbito rural.

		Ámbito					
		rural		urbano		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Atención en urgencias por problemas de conducta en los últimos 12 meses	Sí	49 _a	7,4	25 _b	3,7	74	5,6
	No	609 _a	92,6	649 _b	96,3	1.258	94,4
	Total	658	100	674	100	1.332	100

Tabla 90: Atención en urgencias por problemas de conducta en ámbito rural o urbano

Provincia ($\chi^2(14)=36,439$; $p= 0,001$).

Salamanca muestra una menor proporción de ingresos en urgencias por sus problemas de conducta, seguidos de Burgos y León.

Trastorno mental diagnosticado

Se observa una relación significativa entre tener trastorno mental diagnosticado y haber tenido que acudir a urgencias por problemas de conducta en los últimos 12 meses ($\chi^2(1)=10,744$; $p=0,001$). observándose una mayor proporción de pcdi atendidas en urgencias por problemas de conducta entre aquellas que no tienen diagnóstico de trastorno mental. Significativamente se observa una mayor proporción de pcdi atendidas en urgencias por problemas de conducta entre aquellas que no tienen diagnóstico de trastorno mental.

		Trastorno Mental diagnosticado					
		No		Sí		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Atención en urgencias por problemas de conducta en los últimos 12 meses?	Sí	38 _a	4,3	42 _b	8,6	80	5,8
	No	853 _a	95,7	448 _b	91,4	1.301	94,2
	Total	891	100	490	100	1.381	100

Tabla 91: Atención en urgencias por problemas de conducta en función de tener o no diagnóstico de trastorno mental

Alteraciones graves de conducta

En cambio, no se observa relación significativa entre la asistencia a urgencias y el tipo de alteración grave de conducta que presente la pcdi ($\chi^2(1)=0,858$; $p= 0,354$).

4. Ingreso en hospital/unidad de salud mental en los últimos 12 meses.

De la muestra total (N=1.393 pcdi), 34 pcdi han tenido que ser ingresadas en un hospital o unidad de salud mental en los últimos 12 meses previos a la realización del estudio.

De estos 34 ingresos, se observa que 22 pcdi fueron en unidad de agudos, 13 pcdi en alguna unidad de convalecencia y 11 de ellas en centros o unidades de media estancia (Unidad de Patología Dual de Sta Isabel).

3.2.4.2. RESPUESTA POR PARTE DEL SERVICIO SOCIAL

En este apartado, se abordan cuestiones relacionadas con la respuesta o intervención que realizan las entidades del ámbito social ante las necesidades de apoyo presentes en las pcdi con alteraciones en la salud mental. Se diferencian dos apartados:

1. Tipo de intervención
2. Sobre-esfuerzo

1. Tipo de intervención que ha realizado el servicio en los últimos 12 meses:

Tal como se muestra en la siguiente tabla, la respuesta más frecuentemente utilizada por las entidades es la **Prevención Primaria** (Estrategias relacionadas con la modificación de los entornos del lugar de vivienda, trabajo y de ocio, para que se reduzca la posibilidad de que ocurra la conducta problemática), utilizada con el 80,9% de las pcdi de la muestra. Además, en 2 de cada 3 pcdi también se ha recurrido a estrategias de **Prevención Secundaria** (aquellas que se usan cuando la conducta de la persona empieza a escalar, cuando se observan “signos de alerta” y que permiten prevenir un episodio de conducta problemática). Asimismo, en el 48,6% de las pcdi se ha recurrido a Estrategias reactivas (Estrategias para responder de forma segura y eficiente a las conductas problemáticas si no pueden ser prevenidas).

		Alteraciones de salud mental	
		Fr	%
PREVENCIÓN PRIMARIA	No	267	19,2%
	Sí	1.126	80,9%
PREVENCIÓN SECUNDARIA	No	460	33,0%
	Sí	933	66,9%
ESTRATEGIAS REACTIVAS	No	716	51,4%
	Sí	677	48,6%
Total		1.393	100,0%

Tabla 92: Respuesta empleada por los servicios en las pcdi con alteraciones de la salud mental

Si cruzamos el tipo de intervención con cada uno de los tres criterios de inclusión en el estudio, encontramos lo siguiente:

a. Trastorno mental diagnosticado

El cruce realizado entre el tipo de intervención que realiza el servicio y tener o no tener diagnóstico de enfermedad mental no muestra relación significativa con la prevención primaria ($X^{2(1)}=2,312a$; $p=0,128$), ni con la secundaria ($X^{2(1)}= 0,117a$; $p=0,733$).

En cambio sí se obtiene relación significativa entre llevar a cabo estrategias reactivas y no tener diagnóstico de enfermedad mental ($X^{2(1)}= 16,350a$; $p< 0,001$).

La proporción de pcdi con las que se aplican estrategias reactivas es significativamente mayor entre aquellas sin diagnóstico de trastorno mental, en comparación con las que sí tiene diagnóstico.

b. Alteraciones graves de conducta

Se observa una relación significativa entre los tres tipo de intervención y la presencia de alteraciones **graves** de conducta ($X^{2(1)}= 29,042$; $p< 0,001$).

		Alteraciones de conducta graves	
		Frecuencia	% del N
[PREVENCIÓN PRIMARIA]	No	111	14,2%
	Sí	673	85,8%
[PREVENCIÓN SECUNDARIA]	No	192	24,5%
	Sí	592	75,5%
[ESTRATEGIAS REACTIVAS]	No	328	41,8%
	Sí	456	58,2%
	Total	784	100,0%

Tabla 93: Respuesta empleada por los servicios en las pcdi con alteraciones graves de conducta

El porcentaje de personas que reciben un tipo de intervención (primaria, secundaria o estrategias reactivas) es significativamente superior entre aquellos que presentan alteraciones **graves** de conducta. Concretamente, las estrategias reactivas están relacionadas de manera significativa con tener alteraciones graves de conducta ($X^{2(1)}= 85,975$; $p<0,001$).

c. Consumo de psicofármacos

Se observa una relación significativa entre el tipo de intervención primaria y el consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico ($X^{2(1)}= 5,582a$; $p=0,018$).

Es decir, que el porcentaje de personas con los que se interviene con estrategias de prevención primaria es significativamente superior entre aquellos que consumen algún tipo de psicofármaco, en comparación con las que no consumen psicofármacos.

No se observa relación significativa con las estrategias de prevención secundaria ni con las estrategias reactivas.

2. Sobre esfuerzo en los últimos 12 meses

Este apartado pretende recoger en qué medida atender y prestar apoyo a las pcdi y alteraciones de la salud mental de la muestra ha supuesto un esfuerzo significativamente superior a la entidad y sus profesionales que el que se realiza con otras pcdi (sin problemas de salud mental), concretamente en los últimos 12 meses.

El nivel 1 indica que atender y prestar apoyo “no ha supuesto ningún esfuerzo significativamente superior” y el 5 que “ha supuesto un esfuerzo extremadamente superior”.

	Nivel de sobre esfuerzo					Total
	1	2	3	4	5	
Daño de material y/o del mobiliario	1.097	199	70	24	3	1.393
Daño emocional/psicológico para los trabajadores (miedo, ansiedad, estrés...)	673	346	256	98	20	
Daño físico a los trabajadores	1.172	151	49	17	4	
Daño emocional/psicológico para el resto de los usuarios (miedo, ansiedad, estrés)	639	334	279	117	24	
Daño físico a los demás usuarios	1.033	250	85	17	8	
Más recursos materiales y/o personales para atender o prestar apoyo (más tiempo a los trabajadores, más personas, más espacios)	487	352	357	143	54	
Daños en entorno o la comunidad (coste por rotura de mobiliario en comunidad, daño en imagen externa de la entidad...)	1.141	128	94	26	4	

Tabla 94: Nivel de sobre esfuerzo ante diferentes tipos de problemas de conducta

Si agrupamos estos resultados en 3 bloques, de manera que los niveles 4 y 5 se refieran conjuntamente a “sí suponen un sobre esfuerzo importante para la entidad” y los niveles 1 y 2 fuesen “no suponen un sobre esfuerzo significativamente importante”, dejando el nivel 3 como “esfuerzo medio”, tendríamos que 559 respuestas **muestran un importante sobre esfuerzo** en alguno de los apartados.

La necesidad de más recursos **materiales y/o personales** (más tiempo de los trabajadores, más personas, más espacios...) es el ítem en el que se observa un mayor sobre esfuerzo (un 14,14%).

El daño emocional/psicológico para el resto de los usuarios (miedo, ansiedad, estrés...) (10,12%) y para los trabajadores (8,47%) sigue en la graduación de ítems que generan un importante sobre esfuerzo para la entidad.

Los mismos ítems son los que se destacan si hablamos de “esfuerzo medio”.

	Apenas supone esfuerzo significativamente superior		Supone un esfuerzo medio		Esfuerzo significativamente muy superior extraordinario	
Daño de material y/o del mobiliario	1.296	93,03%	70	5,02%	27	1,93%
Daño emocional/psicológico para los trabajadores (miedo, ansiedad, estrés...)	1.019	73,15%	256	18,37%	118	8,47%
Daño físico a los trabajadores	1.323	94,97%	49	3,51%	21	1,50%
Daño emocional/psicológico para el resto de los usuarios (miedo, ansiedad, estrés...)	973	69,84%	279	20,02%	141	10,12%
Daño físico a los demás usuarios	1.283	92,10%	85	6,10%	25	1,79%
Más recursos materiales y/o personales para atenderles o prestarle apoyo (más tiempo de los trabajadores, más personas, más espacios...)	839	60,22%	357	25,62%	197	14,14%
Daños en el entorno o la comunidad (coste económico por rotura de mobiliario en la comunidad, daño en la imagen externa de la entidad)	1.269	91,09%	94	6,74%	30	2,15%

Tabla 95: Nivel de sobreesfuerzo ante diferentes tipos de problemas de conducta

Además, se han encontrado relaciones significativas entre este sobreesfuerzo y el **tipo de centro**, siendo mayor en los CD y en los CO, en comparación con los CEE. Esto se ha constatado específicamente en relación con.

- Daño **al material y/o del mobiliario** ($X^{2(8)}=38,746a$; $p<0,001$).
- Daño **emocional/psicológico a los trabajadores** ($X^{2(8)}=26,716a$; $p=0,001$), a otros usuarios ($X^{2(8)}=21,744a$; $p=0,005$) y **daño físico a los profesionales** ($X^{2(8)}=54,531a$; $p<0,001$) y **a los demás usuarios** ($X^{2(8)}=40,655a$; $p<0,001$).
- La necesidad de **destinar más recursos materiales y personales** para prestar apoyo a pcdi con alteraciones de la salud mental ($X^{2(8)}=68,863a$; $p<0,001$).

Al cruzar este sobreesfuerzo con los 3 criterios del estudio, encontramos lo siguiente:

a. Trastorno mental diagnosticado

Se observa relación significativa con el sobreesfuerzo que genera la pcdi con alteraciones de la salud mental y el tener o no tener diagnóstico de trastorno mental.

Concretamente, la proporción de pcdi sin diagnóstico de trastorno mental genera un sobreesfuerzo de manera superior en cuanto al daño de material y/o mobiliario ($X^{2(4)}=10,873a$;

$p=0,028$), en cuanto al daño emocional/psicológico para los trabajadores ($X^{2(4)}=13,479a$; $p=0,009$), al daño físico a los trabajadores ($X^{2(4)}=11,818a$; $p=0,019$), daño emocional/psicológico al resto de usuarios ($X^{2(4)}=16,655a$; $p=0,002$) y daño físico a los demás usuarios ($X^{2(4)}=14,306a$; $p=0,006$).

En cuanto a más recursos materiales/personales y daños en el entorno o a la comunidad no se observan dicha relación significativa con el tener o no tener diagnóstico de trastorno mental.

Es decir, no tener diagnóstico de trastorno mental es un factor de riesgo para generar un mayor sobreesfuerzo al servicio o entidad y tener diagnóstico es un factor de protección para no generar un sobreesfuerzo extra.

b. Alteraciones graves de conducta

Las alteraciones graves de conducta se relacionan significativamente con el daño de material y/o del mobiliario ($X^{2(4)}=83,981a$; $p<0,001$). Lo mismo ocurre con el daño emocional o psicológico de los profesionales ($X^{2(4)}=108,682a$; $p<0,001$) y al resto de usuarios ($X^{2(4)}=120,669a$; $p<0,001$).

El daño físico tanto a los trabajadores ($X^{2(4)}=42,886a$; $p<0,001$) como al resto de usuarios ($X^{2(4)}=70,741a$; $p<0,001$) también se han relacionado significativamente.

Igualmente, el sobreesfuerzo que generan las pcdi con alteraciones graves de conducta sobre la necesidad de tener más recursos muestra una relación significativa ($X^{2(4)}=71,928a$; $p<0,001$); Además, por último, los daños en el entorno o comunidad también muestran una relación significativa con las pcdi que presentan alteraciones graves de conducta ($X^{2(4)}=44,888a$; $p<0,001$).

Las alteraciones graves de conducta muestran una relación significativa con todas las áreas o ítems valorados de sobreesfuerzo para el servicio, los profesionales y otras pcdi a las que se apoya en el centro o servicio donde se producen las alteraciones graves de conducta.

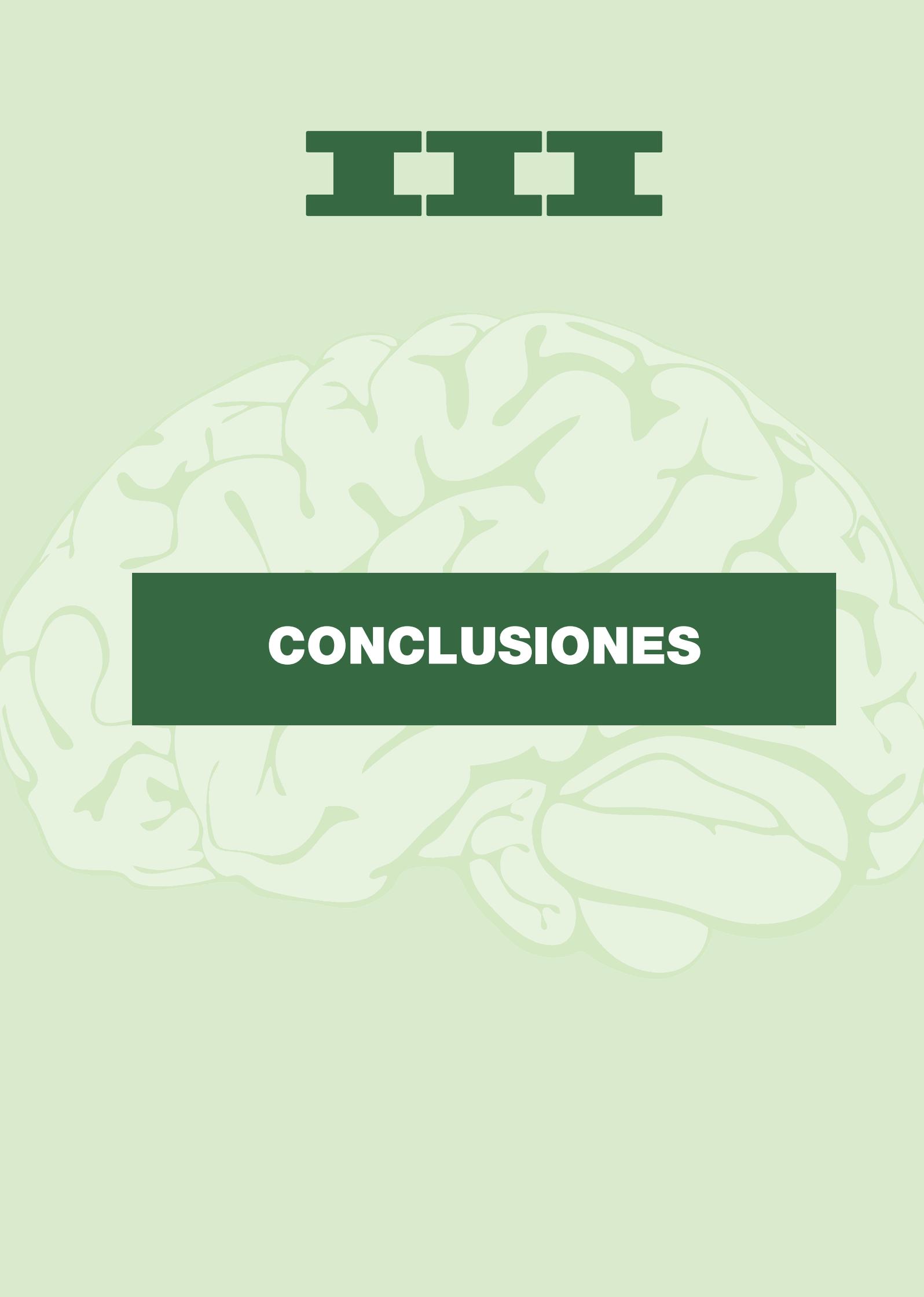
c. Consumo de psicofármacos

Se observa relación significativa con el sobreesfuerzo que genera la pcdi con alteraciones de la salud mental y el consumo de psicofármacos ($X^{2(4)}=12,997a$; $p=0,011$).

La proporción de pcdi que generan un sobreesfuerzo en cuanto al daño de material y/o mobiliario es significativamente superior entre aquellos que consumen psicofármacos.

En los demás ítems (daño emocional/psicológico para trabajadores y a otros usuarios, daño físico a trabajadores y a otros usuarios, más recursos materiales/personales y daños en el entorno o a la comunidad) no se observa dicha relación significativa con el consumo de psicofármacos.

III



CONCLUSIONES

En este estudio se aborda una realidad compleja, pero para nada ajena a las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo: la presencia de enfermedad mental y/o alteraciones graves de conducta. Desde el movimiento asociativo Plena inclusión llevamos ya un largo recorrido de esfuerzos, logros y dificultades con la pretensión de prestar los apoyos adecuados para estas personas y sus familias, para que puedan desarrollar con calidad sus proyectos de vida en la comunidad.

Para ello, es imprescindible conocer la realidad de la que partimos. En este sentido, los estudios con población general excluyen habitualmente a las personas con discapacidad intelectual y los estudios específicos con pcdid presentan una gran variabilidad en sus tasas de prevalencia. Así, solemos encontrar tasas de prevalencia de entre el 20% y el 40% de las personas con discapacidad, pero podemos incluso encontrarnos rangos más amplios (como el 10,8% en el estudio de Schültz et al. -2016- o el 79,8% de Wieland et al -2014-). Esta disparidad en las tasas de prevalencia puede explicarse, entre otras cuestiones, por los siguientes factores:

- (a) Exclusión o inclusión de distintos criterios (trastornos de personalidad, trastornos del espectro autista, trastornos por hiperactividad y déficit de atención, conductas problemáticas...).
- (b) Infradiagnóstico del trastorno mental en las pcdid, especialmente aquellas con mayores necesidades de apoyo. Este infradiagnóstico se produce, bien por las dificultades para realizar un diagnóstico basado generalmente en pruebas de contenido verbal, o bien por el conocido efecto de “eclipsamiento diagnóstico” (que lleva a interpretar algunos síntomas de enfermedad mental como síntomas de la propia discapacidad intelectual)
- (c) Utilización de muestras sesgadas (muestras pequeñas, edades muy concretas, estudios realizados sólo con población institucionalizada, dificultades para identificar personas con funcionamiento intelectual límite...)
- (d) Utilización de distintos instrumentos utilizados para la investigación y de diversos criterios diagnósticos (DSM, CIE, etc.)

Ante esta situación, detectamos la necesidad de conocer nuestra realidad, de aportar datos que ofrezcan una fotografía fidedigna del estado de la cuestión en nuestra comunidad autónoma. El **objetivo**, por tanto, de este trabajo es conocer la prevalencia de enfermedad mental y/o problemas graves de conducta en personas con discapacidad intelectual mayores de edad en Castilla y León, analizando asimismo distintas variables de interés relacionadas (variables sociodemográficas, información sobre enfermedad mental, sobre problemas graves de conducta, sobre consumo de psicofármacos, respuesta sanitaria, respuesta por parte del servicio, etc.).

Para el desarrollo de este estudio, una fortaleza clara ha sido la elevadísima participación del movimiento Plena inclusión Castilla y León, lo que no sólo implica un agradecimiento explícito, sino que además pone de manifiesto la preocupación existente y la implicación clara del sector para avanzar en la comprensión de esta compleja realidad. Gracias a todos ellos, hemos podido alcanzar una muestra que marca una diferencia de magnitud considerable con otros estudios. Así, se ha tenido acceso a un total de 4.715 pcdid mayores de 18 años que reciben apoyos en las entidades participantes – E.M= 3,05; n.c.= 95%; p=q=.50 -. De ellas, se han identificado 1.604 personas con discapacidad intelectual que cumplieran alguno de los criterios de inclusión y, de ese grupo, se obtuvo información más pormenorizada y exhaustiva de 1.393 personas.

Otra fortaleza ha sido la alianza con la Universidad de Valladolid, gracias a la cual este estudio goza de una gran rigurosidad, desarrollándose el procedimiento de manera pormenorizada y dotando los análisis y resultados aquí obtenidos de una potente fiabilidad y validez.

De esta manera, obtenida la información y analizados los resultados, podemos establecer a continuación las **principales conclusiones del estudio**:

- I) En primer lugar, la **tasa de prevalencia de pcdid que cumplen alguno (o varios) de los tres criterios del estudio se ha situado en el 34,02%** (1.604 pcdid), lo que supone que más de un tercio de las pcdid mayores de edad de nuestra Comunidad Autónoma presentan alguno o varios de los criterios de inclusión.

En esta tasa estamos incluyendo por tanto a aquellas pcdid que presentan enfermedad mental diagnosticada y/o problemas graves de conducta y/o consumen psicofármacos como tratamiento psiquiátrico (incluimos este último criterio por considerar que hay personas con did que no tienen diagnosticado como tal un trastorno mental pero están recibiendo tratamiento farmacológico por síntomas relacionados con alteraciones de la salud mental. Además, excluimos aquí a las personas con discapacidades intelectual cuyo psicofármaco es administrado exhaustivamente como tratamiento de la epilepsia).

Si realizamos las estimaciones poblacionales con cada uno de los tres criterios de manera independiente (E.M.=2,52; n.c.= 95%; $p=q=.50$), podemos concluir que **12 de cada 100** adultos con di de nuestra comunidad autónoma tienen un diagnóstico de enfermedad mental, que **casi 2 de cada 10** presentan alteraciones graves de conducta y que **cerca de un tercio** de las pcdid consumen psicofármacos como tratamiento psiquiátrico.

Esto pone de manifiesto una realidad que no puede pasar desapercibida, sino que debe considerarse en toda su complejidad. De hecho, exige una coordinación socio-sanitaria entre distintos agentes implicados, a la par que nos debe llevar a reflexionar sobre la necesidad de prestar apoyos a estas personas de manera que se fomente su autonomía y se promocióne el desarrollo de una vida inclusiva en la comunidad en igualdad de condiciones que el resto de las personas.

- II) Respecto al **perfil de las personas que cumplen alguno de estos criterios**, en general estamos hablando de **personas con más necesidades de apoyo**, bien por edad (la edad media es de 47 años, teniendo 4 de cada 10 personas entre 45 y 60 años), bien por grado de discapacidad (la media se sitúa en el 73% de discapacidad y en torno a 6 de cada 10 tienen reconocido Grado II o Grado III de dependencia), o bien respecto a la modificación de su capacidad (el 74% tienen modificada su capacidad), presentando además 7 de cada 10 otros problemas graves de salud.

Esto nos lleva necesariamente a considerar qué tipo de apoyos precisan estas personas para desarrollar su vida con garantías de calidad. Si bien es cierto que estas personas presentan más necesidades de apoyo y suelen vivir situaciones de mayor exclusión, sin embargo no es menos cierto que no se les destina en proporción los mismos esfuerzos para que puedan desarrollar sus proyectos de vida al igual que el resto de las personas. Tal como se recoge en el estudio Todos Somos Todos -INICO y Plena inclusión- a pesar del pequeño grupo que puede representar las personas con grandes necesidades de apoyo respecto a la población general (0,16%), sin embargo precisan, dadas sus necesidades de apoyo, de un amplio abanico de recursos tanto económicos como humanos, requiriendo por tanto un estatus de prioridad a la hora de desarrollar políticas sociales de prestación de apoyos y servicios.

- III) Al desglosar los resultados por cada uno de los criterios (de las 1.393 personas identificadas sobre las que se tuvo información más exhaustiva), encontramos que **el 35,46% tienen un diagnóstico formal de enfermedad mental** (siendo el más frecuente la esquizofrenia o trastornos afines, seguido de los trastornos del humor afectivos). Además, tener un diagnóstico de enfermedad mental se asocia significativamente con tener menos necesidades de apoyo, no tener modificada la capacidad y no tener problemas graves de conducta, lo que es coherente con la idea del infradiagnóstico de la enfermedad mental (la cual es especialmente frecuente en personas con más necesidades de apoyo). En esta línea, hemos encontrado que el factor más potente para predecir el diagnóstico de enfermedad mental es precisamente la no presencia de alteraciones de conducta, seguido del nivel de discapacidad límite y/o leve.

Esto nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de contar con nuevas herramientas diagnósticas que permitan identificar enfermedades mentales en personas con dificultades de comunicación y/o comprensión (es necesario incidir en que el hecho de no tener un diagnóstico formal no significa que no tengan alguna enfermedad mental).

- IV) Respecto al segundo criterio, **un 56,28% de las personas identificadas presentan alteraciones graves de conducta** (destacando las conductas disruptivas y las conductas no colaboradoras). Este criterio se ha asociado significativamente con tener mayores necesidades de apoyo, modificada la capacidad, tener menor edad y otros problemas de salud asociados.

Asimismo, los problemas de comunicación también se han asociado con un mayor riesgo de presentar alteraciones de conducta, lo cual redundará en la necesidad de trabajar en pro de una comprensión más funcional de las alteraciones de conducta y en avanzar en la búsqueda de vías que permitan a estas personas comunicarse. Es más, no debemos olvidar que estos problemas de conducta, junto con las dificultades de comunicación, pueden contribuir al aislamiento de las personas –y de sus familias– y dificultar por tanto la tan deseada inclusión social.

- V) Respecto al tercer criterio, un abrumador **94,97% de las personas identificadas consume psicofármacos asociados a tratamiento psiquiátrico** (especialmente antipsicóticos, seguidos de ansiolíticos), lo que pone en evidencia que se trata de un grupo altamente medicalizado. De hecho, más de la mitad consumen entre 2 y 3 psicofármacos en el momento de realización del estudio. Este resultado nos pone en alerta sobre la excesiva (poli)medicación a la que se somete esta población.

Es más, el consumo de psicofármacos se ha encontrado relacionado significativamente con tener alteraciones graves de conducta, lo que puede explicarse por el hecho de que generalmente se recurre a una intervención sintomática (que incide en los síntomas y en la persona), en vez de una intervención que persiga la causa y/o que actúe sobre el entorno.

En esta línea, el consumo de psicofármacos es independiente de tener o no diagnóstico de enfermedad mental (de hecho, gran parte de la muestra de pcdid sin diagnóstico consumen psicofármacos).

Por ello, consideramos que debe avanzarse en la comprensión funcional e integral de las alteraciones graves de la conducta, incidiendo en la causa que las provoca y no sólo en los síntomas que ocasiona. Además, deberíamos abrir el “abanico” de posibles intervenciones, explorando respuestas más positivas y menos restrictivas, que incidan sobre las respuestas y las posibilidades del entorno (y no se basen exclusivamente en la psicofarmacología).

- VI) Si nos centramos en la **respuesta dada por parte del sistema sanitario** ante esta compleja realidad, constatamos que se requieren y utilizan claramente estos servicios.

Así, hemos encontrado que el 85% de las personas identificadas sobre las que se ha obtenido información más pormenorizada sí llevan a cabo un seguimiento por parte de algún equipo o servicio de salud mental, realizándose este seguimiento mayoritariamente por el psiquiatra (cuestión ésta que implica cierta lógica si las revisiones están focalizadas, como parece, en revisiones psicofarmacológicas).

Además, respecto a la derivación a servicios específicos y/o de urgencia, en los últimos 12 meses un 5,74% de la muestra ha tenido que ser atendida en urgencias por sus alteraciones de conducta (preferentemente, aquellas que no tenían de hecho diagnóstico de enfermedad mental) y un 2,44% han sido ingresada en un hospital o unidad de salud mental.

- VII) Pero está claro que no sólo se presta respuesta por parte de los servicios sanitarios, sino que dar una respuesta adecuada a esta realidad supone un planteamiento claro de abordaje desde los **servicios sociales**.

Las entidades sociales, y específicamente las entidades de nuestro movimiento asociativo, realizan en ocasiones un **esfuerzo extra** en su intento de apoyar y prestar apoyos a las personas que presentan esta problemática. En este sentido, se ha destacado el sobre-esfuerzo que supone, en primer lugar, en relación con la necesidad de más recursos materiales y/o personales; en segundo lugar, se ha destacado el posible daño emocional o psicológico (miedo, ansiedad, estrés...) para el resto de usuarios y, por último, el posible daño emocional o psicológico para los profesionales.

Además, el hecho de que las pcdid tengan un diagnóstico de enfermedad mental conlleva una reducción en la percepción del sobre-esfuerzo que supone para la entidad, produciendo la presencia de alteraciones graves de conducta precisamente el efecto contrario.

Por otro lado, al analizar la **respuesta dada por los servicios que prestan apoyos a las pcdid**, hemos constatado que el abordaje de esta realidad pasa preferentemente por la utilización de estrategias de prevención primaria (en algo más de 8 de cada 10 casos han sido utilizadas en los últimos 12 meses), que permitan desarrollar ambientes más positivos, que favorezcan el desarrollo de habilidades y el cumplimiento de proyectos de vida significativos, contribuyendo a la no aparición de problemas graves de conducta.

Pero también se ha abordado esta realidad mediante estrategias de prevención secundaria (dos tercios de los casos han sido abordados en los últimos 12 meses de esta manera), actuando sobre los elementos que pueden “disparar” posibles problemas de conducta.

Las estrategias reactivas (una vez que se ha producido el problema de conducta) también han sido utilizadas en cerca de la mitad de los casos en los últimos 12 meses. Estas estrategias son más utilizadas entre aquellas personas sin diagnóstico de enfermedad mental.

Esto pone de manifiesto la necesidad de continuar avanzando en las estrategias de intervención utilizadas, especialmente cuando el abordaje se centra en las alteraciones de conducta. Es necesario explorar nuevas vías de intervención desde el ámbito psicosocial que permitan, desde una perspectiva más positiva y menos restrictiva, abordar los problemas de conducta desde un enfoque funcional y comprensivo, de manera que intervengamos sobre la causa (y el entorno) y no sólo sobre los síntomas (y la persona).

Es más, es deseable que comencemos a acercarnos a la comprensión de esta realidad desde una perspectiva “despatologizadora”, donde el foco no esté puesto exclusivamente en la conducta problemática en sí, sino en la apertura de oportunidades de desarrollo personal, en la exploración de vías de comunicación para las personas y en la promoción de proyectos de vida significativos e importantes para cada persona que les permita vivir de

manera participativa e inclusiva en la comunidad. El uso de metodologías como apoyo activo, apoyo conductual positivo y/o servicios centrados en la persona, así como la reducción de restricciones, van en esta línea y están aportando evidencias sobre el efecto positivo en el incremento de la calidad de vida y la reducción significativa de los problemas de conducta.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

El estudio que hemos recogido en este informe se ha llevado a cabo con una gran muestra y mediante un procedimiento exhaustivo, pormenorizado y riguroso, asegurando en todo momento la fiabilidad y validez precisa para poder establecer conclusiones basadas en evidencias.

A pesar de ello, el hecho de que la información haya sido recogida mediante cuestionarios cumplimentados por profesionales supone una limitación metodológica propia de este tipo de investigaciones. Así, si bien se ha asegurado la capacitación de los mismos y son profesionales que cuentan con un gran bagaje y experiencia, sin embargo, somos conscientes que la información puede estar sujeta en alguna medida a la interpretación y subjetividad del encuestador (mayoritariamente psicólogos/as de entidades de Plena inclusión Castilla y León).

Por ello, puede resultar recomendable para futuras investigaciones completar este tipo de información con indicadores de observación directa.

Además, dado que la población sobre la que se ha realizado la investigación pertenece a Castilla y León, es recomendable replicar esta investigación en otras comunidades autónomas, para poder generalizar en mayor medida los resultados aquí obtenidos.

Asimismo, se recomienda ampliar la muestra con pcdi que no residan en entornos institucionalizados, sino que están siendo apoyados exclusivamente en la comunidad (a través de servicios de vida independiente, etc.)

Por último, consideramos oportuno completar la información facilitada por los profesionales con la que puedan facilitar otros agentes implicados, especialmente con la percepción de las propias personas con discapacidad (sus propias percepciones, vivencias e historias de vida).

En esta línea, para cumplimentar este informe, Plena inclusión Castilla y León ha llevado a cabo un estudio cualitativo (mediante el desarrollo de focus group y entrevistas a informante clave) que nos permita cumplimentar esta información con la percepción de las propias personas con discapacidad intelectual, así como sus familias y profesionales de reconocida experiencia/prestigio en este ámbito.

Asimismo, hemos desarrollado un cuestionario cumplimentado por profesionales de apoyo, con el fin de indagar en su percepción de necesidades para prestar apoyos a las pcdid y enfermedad mental y/o alteraciones graves de conducta. Esto nos permitirá avanzar en la capacitación, concienciación, sensibilización y percepción de esta compleja realidad.

Finalmente, desde Plena inclusión Castilla y León esperamos que la realización de este tipo de estudios contribuya a profundizar en el conocimiento y la comprensión de esta compleja realidad, con la pretensión de que esto redunde en una mejor calidad de vida tanto de estas personas con discapacidad como de sus familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arias, B., Irurtia, M.J. y Gómez, L.E. (2009). *Conductas problemáticas en personas con discapacidad intelectual: un estudio preliminar sobre dimensionalidad y propuesta de clasificación.* *Psicología Conductual*, 17 (2), 257-275.

Arias B. et al (2018). *Problemas de salud mental en adultos con discapacidad intelectual.* X Jornadas científicas internacionales de investigación sobre discapacidad. INICO.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.).* Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing

Bouras, N. Holt, G. Day, K. y Dosen, A. (2002). *Salud Mental en el retraso mental. El ABC para la salud mental, la asistencia primaria y otros profesionales.* (Equipo Sanatori Villablanca de Reus, trad.). Grup Pere Mata.

Cobo, C. (2016). *Discapacidad Intelectual y Salud Mental: Trabajo en Red. Guía para las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento.* Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Sevilla. Junta de Andalucía.

Cole, D. A. y Meyer, L. H. (1989). *Impact of family needs and resources on the decision to seek-out-of-home placement.* *American Journal of Mental Deficiency*, 82, 12-18.

Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales. *Plan estratégico de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (2016).* www.jcyl.es/junta/cp/Plan_Estrategico_GA_SSSS.pdf

Cooper, S.A., et al (2007). *Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors.* *The British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35.

Cooper, S.A., et al (2009). *Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour, and related factors.* *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 200-216.

De Alba, C. (2015). *Certificado de profesionalidad SSCG0109. Inserción laboral para personas con discapacidad.* Ediciones Nobel, S.A.

Deb, s., Thomas, M. y Bright, C. (2001). *Mental disorder in adults with intellectual disability: the rate of behavior disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years.* *Journal of Intellectual Disability Research*, 45 (6), 506-514.

Emerson, E. y Hatton, Ch. (2007). *Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain.* *British Journal of Psychiatry*, 191, 493-499

Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavrakaki, C.; First, M. (eds.) (2010). *DM.ID Manual de diagnóstico Discapacidad Intelectual: Guía clínica para el diagnóstico de enfermedades mentales en personas con discapacidad intelectual.* National Association for the Dually Diagnosed (NADD), ZINK soluciones creativas, España. (Edición traducida al español por García, JC. et al ,2010. Madrid: Obra Social Caja Madrid).

García Díaz, N. et al. (2002). *La Discapacidad en Cifras*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaría General de Asuntos Sociales e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid.

García, JC. Ruiz, M. y Salvador, L. (2010). *Evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta*.

Gordo, R. et al. (2007). *Deshaciendo nudos. Manual didáctico de enfermedad mental*. Caja España. Fundación FECLEM.

Hayes, R. P. (1987). *Training for work*. En D. C. Cohen y A. M. Donnellan (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 331-385). Nueva York, Wiley.

Imsero. (2016) *Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad (Informe a 31/12/2015)*. Subdirección general de planificación, ordenación y evaluación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2016). *Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2016*.
<http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.html?padre=517&dh=1>

Jacobson, J. W. (1982). *Problem behavior and psychiatric impairment within a developmentally disabled population I: Behavior frequency*. *Applied Research in Mental Retardation*, 3, 121-39.

Kazdin AE, Buela-Casal G. (1994). *Conducta antisocial: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Kazdin AE. (s.d.). *Alteraciones de conducta*. Centre Londres 94. http://www.centrelondres94.com/files/Alteraciones_de_la_conducta.pdf

Kerr, M. M. y Nelson, C. M. (1989). *Strategies for managing behavior problems in the classroom* (2ª Ed.). Columbus: Charles E. Merri.

Kozlowski, A.A. et al. (2011). *The relationship between psychopathology symptom cluster and the presence of comorbid psychopathology in individuals with severe to profound intellectual disability*. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (5), 1610-1614

La Gaceta (2016). *Descenso de los habitantes de la Comunidad Autónoma de Castilla y León*. Salamanca. <http://www.lagacetadesalamanca.es/castillayleon/2016/12/19/castilla-leon-perdido-24533-habitantes-queda-2447519-personas/192547.html>

López-Ibor, J.J. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona, Elsevier Doyma, S.L.

Martínez, R. (28/07/2016). *Resultados del Proyecto Pomona, sobre indicadores de salud en personas con discapacidad intelectual*. Voces. Volumen: #4 – nº 409

Martorell, A. et al. (2011). *Guía Madrid, Discapacidad intelectual y salud mental*. Guía práctica 2ª Edición. FEAPS.

Moreno, J. M. (ed.) (2012). *Mejora del Tratamiento de las personas con enfermedad mental en las Universidades Públicas. (Prólogo).* Real Patronato sobre Discapacidad y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

Morentin, R. et al (2008). *El amor en personas con discapacidad intelectual y su repercusión en el bienestar emocional.* II Edición de los Premios de Investigación e innovación sobre Personas con discapacidad intelectual (AMPANS). España.

Morentin, R., Redondo, C., Rodríguez, J. y Arias, V. (2018) *Problemas de salud mental en adultos con discapacidad intelectual.* Ponencia presentada en las X Jornadas Científicas Internacionales de investigación sobre personas con discapacidad, celebradas en Salamanca en marzo de 2018..

Mulick, J. A., Dura, J. R., Rasnake, J. K. y Wisniewski, J. (1988). *Self-injurious behavior and stereotypy in nonambulatory children with profound mental retardation.* [Comunicación presentada en the 2nd Annual North Coast Regional Conference, Society of Pediatric Psychology, May 12–14, Worthington, Ohio].

Negueruela, M. et al. (2009). *Retraso mental como factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno psicótico.* *Actas Esp. Psiquiatría*; 37 (1): 21-26

Novell, R., Rueda, P., Salvador-Carulla, L. (2003). *Salud Mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores (FEAPS).* Madrid.

Paredes, D., Flores, A. M., Díaz, R. (2012). *Psicopatología y Discapacidad Intelectual.* *Revista de Psicología y Trabajo social.* Badajoz.

Peña, C. et al. (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), 263, 27-39.

Plena inclusión Madrid (2014). *Discapacidad intelectual y salud mental. Evaluación e intervención psicológica. Análisis de Casos.* Madrid: Plena inclusión Madrid.

Plena inclusión. *La discapacidad intelectual en cifras.* (<http://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/la-discapacidad-intelectual-en-cifras>)

Plena inclusión (FEAPS) (s.d). *Trastornos de la salud mental en las personas con discapacidad intelectual.* Madrid.

Rojahn, J. (1986). *Self Injurious and stereotypic behavior of non-institutionalised mentally retarded people. Prevalence and classification.* *American Journal of Mental Deficiency*, 91(3), 268-76.

Ruiz, M.I. y Mateos, V. (s.d). *Síndrome confusional agudo (DELIRIUM): Guía práctica de diagnóstico y tratamiento del Principado de Asturias.* Hospital Universitario Central de Oviedo (Asturias).<http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/pqe/GUIA%20SINDROME%20CONFUSIONAL%20AGUDO.pdf>

Sally-ann, C.; Craig A. M.; Stewart L. E. (2003). *Diagnóstico psiquiátrico, discapacidad intelectual y criterios de diagnóstico para trastornos psiquiátricos en adultos con discapacidad de aprendizaje / retraso mental (DC-LD)*. (M^a Aurora Muñoz Pérez, trad.). Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol. 35 (4) Núm.212, 2004: pág. 33-49. (Obra original publicada en Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 47, pp.3-15,2003)

Salud Mental (2008). *Salud Mental y Medios de Comunicación: Guía de estilo*. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES).

Salvador-Carulla, L.; Martínez-Leal, R.; Salina, J.A. (2007). *Trastornos de la Salud Mental en las Personas con Discapacidad Intelectual*. Madrid. FEAPS.

Salvador-Carulla y Novell, R. (2002). *Guía práctica de la evaluación psiquiátrica en el retraso mental*. Madrid. Aula médica.

Salvador-Carulla y Novell, R. (2002). *Problemas de conducta en el retraso mental*. Siglo Cero, 34 (2), núm. 206, 78-86.

Salvador-Carulla et al. (2010). *Problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual: Directrices internacionales para el uso de medicamentos*. ZINK soluciones creativas. España.

Sant Benet, M. (2010). *1er Congreso estatal sobre alteraciones de conducta: una perspectiva integral de conocimiento y abordaje*. AMPANS. Cataluña.

Sayce, L. (2009). *Salud mental: mayores necesidades y acceso limitado*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud Volumen 87, abril 2009, 245-324.

Servicio Andaluz de Salud (Diciembre 2013). *Grupo de trabajo de Discapacidad Intelectual y Salud Mental. Propuestas para la mejora de la atención de las personas con Discapacidad Intelectual y Problemas de Salud Mental*. Servicio Andaluz de Salud. España.

Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona. Masson.

Verdugo, M. A. (2011). *Discapacidad Intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. AAIDD (2010). Madrid. Alianza.

Whitaker, S. y Read, S. (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.

Wisely, J., Hare, D. J. y Fernández-Ford, L. (2002). *A Study of the Topography and Nature of Self-Injurious Behaviour in People with Learning Disabilities*. Journal of Intellectual Disabilities, 6(1), 61-71.

LISTADO DE ABREVIATURAS

AA. *Apoyo activo.*

ACP. *Apoyo conductual positivo.*

CdV. *Calidad de vida.*

CD. *Centro de día.*

CEE. *Centro especial de empleo.*

CO. *Centro ocupacional.*

CIE-10. *Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ªed (ICD, Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)*

DI. *Discapacidad intelectual.*

DSM-V-TM. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).*

EM. *Enfermedad mental.*

INE. *Instituto Nacional de Estadística.*

PCDI. *Personas con discapacidad intelectual.*

PCDID. *Personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo.*

PCP. *Planificación centrada en la persona.*

TEA. *Trastorno de espectro autista.*

TMD. *Trastorno mental diagnosticado.*

UPD. *Unidad de patología dual.*

UVA. *Universidad de Valladolid.*



Universidad de Valladolid



Subvencionado por la Junta de Castilla y León con cargo a la asignación tributaria del IRPF



 POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL