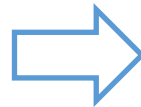
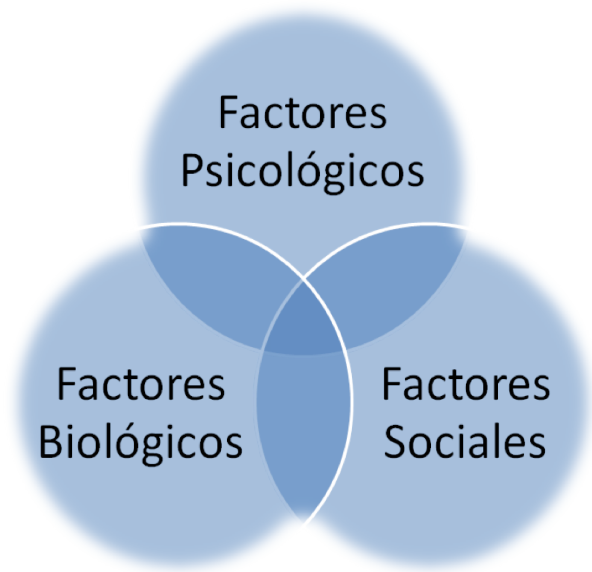

Discapacidad intelectual y Salud Mental

"Entenent a la Persona" Segona jornada de Salut Mental i discapacitat intel·lectual del Maresme, Mataró 2022

Georgina De Sostoa
Psiquiatra adjunta
SESMDI Barcelona

Los adultos con discapacidad intelectual tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales debido a la interacción compleja de factores **biológicos**, **psicológicos**, **sociales** y familiares



Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos



La prevalencia mundial de los trastornos mentales comunes: una revisión sistemática y un metanálisis 1980-2013

Zachary Steel et al. Int J Epidemiol . 2014 abr .

17,6% Población general

33,6%

Población con DI

Prevalencia de trastornos psiquiátricos concurrentes en adultos y adolescentes con discapacidad intelectual: una revisión sistemática y metanálisis

Mario G Mazza et al. J Appl Res Intellect Disabil . 2020 marzo .

30.000
personas
con DI en
Catalunya



10.000
personas con
Trastorno
mental

Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors

SALLY-ANN COOPER, ELITA SMILEY, JILLIAN MORRISON,
ANDREW WILLIAMSON and LINDA ALLAN

Table 1 Point prevalence rates of mental ill-health as defined by clinical, DC-LD, ICD-10-DCR, and DSM-IV-TR diagnostic criteria

Diagnostic category	Clinical diagnosis (n=1023) %	DC-LD diagnosis (n=1023) %	ICD-10-DCR diagnosis (n=1023) %	DSM-IV-TR diagnosis (n=1023) %
Psychotic disorder ¹	4.4	3.8	2.6	3.4
Affective disorder	6.6	5.7	4.8	3.6
Anxiety disorder ²	3.8	3.1	2.8	2.4
OCD	0.7	0.5	0.2	0.2
Organic disorder	2.2	2.1	1.9	1.7
Alcohol/substance use disorder	1.0	0.8	0.8	0.8
Pica	2.0	2.0	0	0.9
Sleep disorder	0.6	0.4	0.2	0.2
ADHD	1.5	1.2	0.5	0.4
Autistic-spectrum disorder	7.5	4.4	2.2	2.0
Problem behaviour	22.5	18.7	0.1	0.1
Personality disorder	1.0	0.8	0.7	0.7
Other mental ill-health	1.4	0.8	0.7	0.4
Mental ill-health of any type, excluding problem behaviours and autistic-spectrum disorder²	22.4	19.1	14.5	13.9
Mental ill-health of any type, excluding autistic-spectrum disorder ²	37.0	32.8	14.6	14.0
Mental ill-health of any type, excluding problem behaviours ²	28.3	22.4	16.5	15.6
Mental ill-health of any type²	40.9	35.2	16.6	15.7

ADHD, attention-deficit hyperactivity disorder; OCD, obsessive-compulsive disorder.

1. Includes schizoaffective disorders.

2. Excludes specific phobias.

Table 1 Point prevalence rates of mental ill-health as defined by clinical, DC-LD, ICD-10-DCR, and DSM-IV-TR diagnostic criteria

Diagnostic category	Clinical diagnosis (n=1023) %	DC-LD diagnosis (n=1023) %	ICD-10-DCR diagnosis (n=1023) %	DSM-IV-TR diagnosis (n=1023) %
Psychotic disorder ¹	4.4	3.8	2.6	3.4
Affective disorder	6.6	5.7	4.8	3.6
Anxiety disorder ²	3.8	3.1	2.8	2.4
OCD	0.7	0.5	0.2	0.2
Organic disorder	2.2	2.1	1.9	1.7
Alcohol/substance use disorder	1.0	0.8	0.8	0.8
Pica	2.0	2.0	0	0.9
Sleep disorder	0.6	0.4	0.2	0.2
ADHD	1.5	1.2	0.5	0.4
Autistic spectrum disorder	7.5	4.4	2.2	2.0
Problem behaviour	22.5	18.7	0.1	0.1
Personality disorder	1.0	0.8	0.7	0.7
Other mental ill-health	1.4	0.8	0.7	0.4
Mental ill-health of any type, excluding problem behaviours and autistic-spectrum disorder ²	22.4	19.1	14.5	13.9
Mental ill-health of any type, excluding autistic-spectrum disorder ²	37.0	32.8	14.6	14.0
Mental ill-health of any type, excluding problem behaviours ²	28.3	22.4	16.5	15.6
Mental ill-health of any type ²	40.9	35.2	16.6	15.7

ADHD, attention-deficit hyperactivity disorder; OCD, obsessive-compulsive disorder.

1. Includes schizoaffective disorders.

2. Excludes specific phobias.

Trastorno de conducta

Comportamiento(s) culturalmente anormal(es) de tal intensidad, frecuencia o duración que la **seguridad física de la persona u otras personas** pueda ponerse en grave peligro, o comportamiento que **limite** seriamente el uso de, o resulte en que se le niegue, el acceso a las **instalaciones comunitarias ordinarias** (Emerson, 1995).



Trastorno de conducta

- **30-60%** de la población con DI (Cohen, 2010; Schützwohl, 2016)
- Extremadamente frecuente en población con **TEA** y DI (Matson & Schoemaker, 2009)



**Trastorno
psiquiátrico**

Enmascaramiento

Comorbilidad
médica

Funcionalidad
de la
conducta

Disregulación
cognitivo-
emocional

Epilepsia

Fenotipos
conductuales



CASO CLÍNICO DAVID



- **David**
- **40 años**
- **DI moderada**
- **Síndrome de Down**

- ✓ Cambio de actitud 3-4 semanas
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Hiperfagia
- ✓ Negativa a acudir al taller
- ✓ Episodio de agitación ante la insistencia de acudir al taller



URGENCIAS



- No despistaje orgánico
- Atribuyo la conducta a la DI
- Doy un antipsicótico para casa

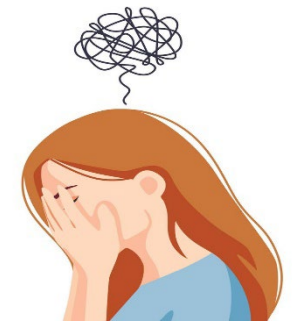


Consecuencias

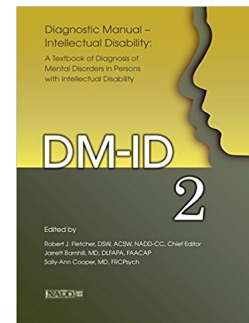
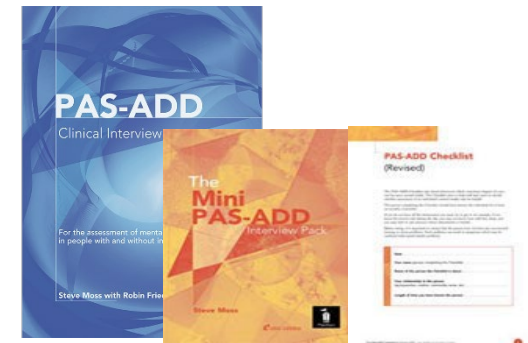
- Segunda visita a urgencias
- Efecto 2º de medicación
- Falta de diagnóstico
- Retraso en el tratamiento adecuado



Dificultad diagnóstica



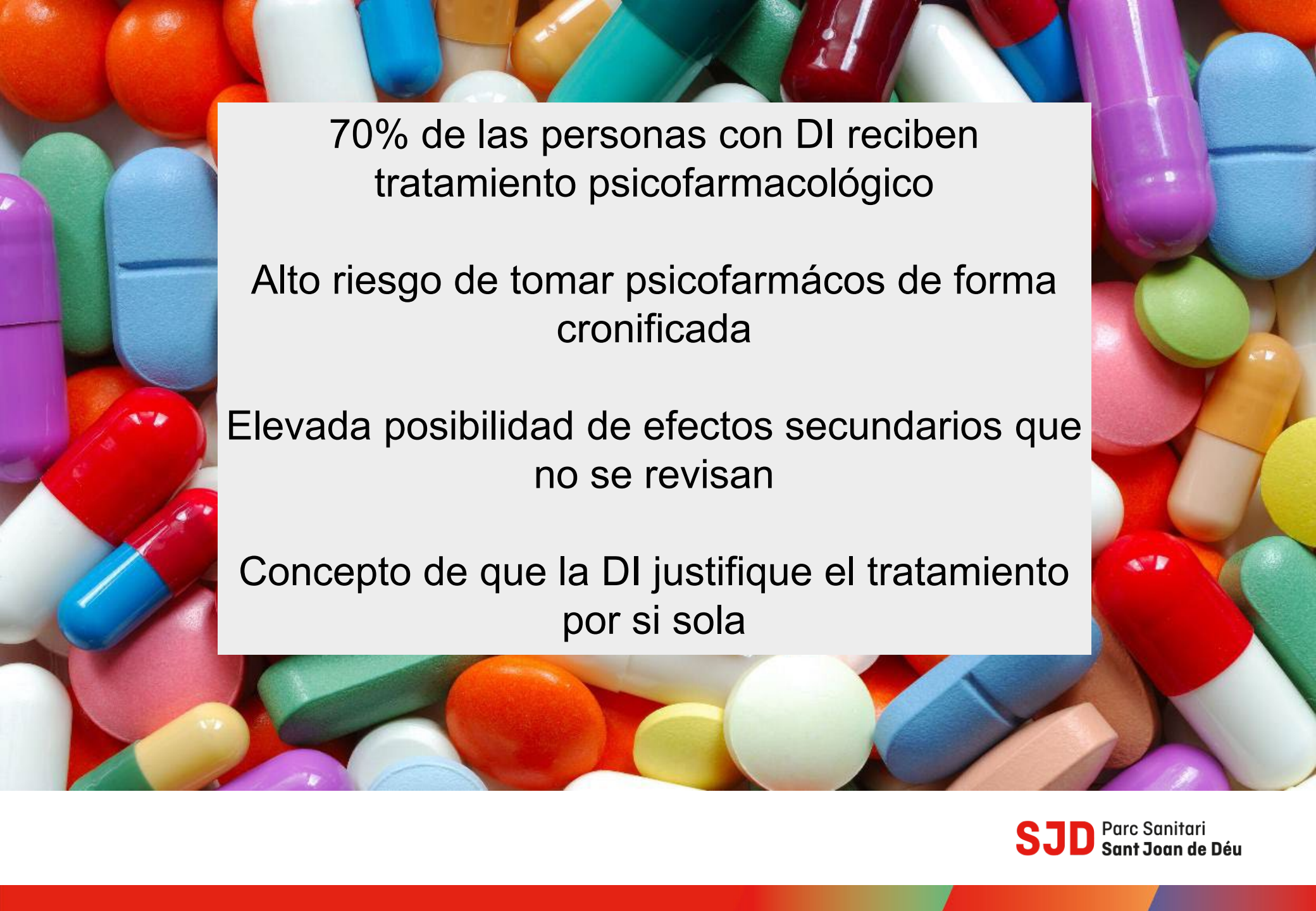
- Condiciones del sujeto
- Condiciones del entrevistador
- Método de evaluación
- Sistema diagnóstico



Consecuencias

- Ausencia de diagnóstico
- Diagnóstico inadecuado
- Sobrediagnóstico de psicosis
- Ausencia o inadecuado tratamiento





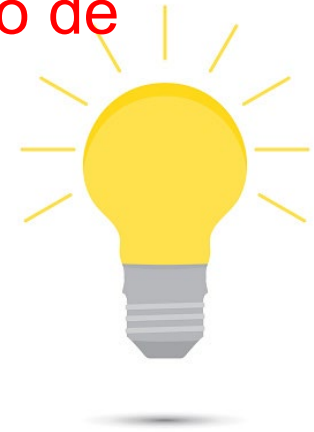
70% de las personas con DI reciben
tratamiento psicofarmacológico

Alto riesgo de tomar psicofarmacos de forma
cronificada

Elevada posibilidad de efectos secundarios que
no se revisan

Concepto de que la DI justifique el tratamiento
por si sola

- Población con DI tiene una **mayor prevalencia** de trastornos mentales
- No hemos de atribuir las alteraciones de conducta a la DI / **Fenómeno de enmascaramiento**
- Una presentación habitual de la enfermedad mental es la de un Trastorno de conducta / **Fenómeno de eclipsamiento**
- Infradiagnóstico
- Sobremedicación/Inadecuación



Gràcies



SJD Parc Sanitari
Sant Joan de Déu

Seu central

Carrer del Doctor Antoni Pujadas, 42

08830 Sant Boi de Llobregat

T. 936 615 208

parcsanitari.info@sjd.es

www.pssjd.org