

Indicadores de complejidad en salud mental en personas con discapacidad intelectual: prevalencia y principales características

Raquel Morentin Gutiérrez y Carla Redondo Jimeno

Plena inclusión Castilla y León

INFORMACIÓN

Recibido: 12/06/2026

Aceptado: 14/07/2026

Palabras clave:

discapacidad
intelectual,
salud mental,
indicadores de
complejidad,
prevalencia,
psicofármacos

RESUMEN

Antecedentes: Las personas con discapacidad intelectual (DI) presentan una elevada vulnerabilidad a sufrir alteraciones de salud mental, habitualmente infradiagnosticadas por eclipsamiento diagnóstico o dificultades comunicativas. Este estudio estimó la prevalencia e indicadores de complejidad en salud mental (diagnóstico formal, alteraciones de conducta y uso de psicofármacos) en adultos con DI en Castilla y León. **Método:** Se realizó un estudio transversal en 25 entidades de Plena inclusión. La recogida de datos se basó en dos cuestionarios completados por profesionales sobre 4.715 usuarios. **Resultados:** Un 34% ($n = 1.604$) cumplió al menos un criterio de inclusión. De la muestra ampliada ($n = 1.393$), el 35.5 % contaba con diagnóstico formal de enfermedad mental, el 56.3% presentaba alteraciones graves de conducta y el 95% consumía psicofármacos. Se hallaron relaciones significativas entre las alteraciones graves de conducta con la ausencia de diagnóstico formal y con el consumo de psicofármacos, pero no entre el diagnóstico formal y su prescripción. **Conclusiones:** Se evidencia una elevada prescripción de psicofármacos y un desfase entre alteración conductual y diagnóstico formal. Es prioritario mejorar la detección, la evaluación clínica y la coordinación sociosanitaria para ofrecer apoyos integrales que eviten abordar la complejidad conductual o emocional únicamente desde la respuesta farmacológica.

Indicators of complexity in mental health among people with intellectual disabilities: prevalence and key characteristics

ABSTRACT

Keywords:

intellectual disability, mental health, complexity indicators, prevalence, psychotropic medication

Background: People with intellectual disabilities (ID) are highly vulnerable to mental health disorders, which are often underdiagnosed due to diagnostic overshadowing or communication difficulties. This study estimated the prevalence and indicators of complexity in mental health (formal diagnosis, behavioural disorders and use of psychotropic medication) among adults with ID in Castilla y León. **Method:** a cross-sectional study was conducted across 25 Plena inclusión organisations. Data collection was based on two questionnaires completed by professionals regarding 4,715 service users. **Results:** 34% ($n = 1,604$) met at least one inclusion criterion. Of the expanded sample ($n = 1,393$), 35.5% had a formal diagnosis of mental illness, 56.3% exhibited severe behavioural disturbances and 95% were taking psychotropic medication. Significant associations were found between severe behavioural disturbances and the absence of a formal diagnosis, as well as with the use of psychotropic drugs; however, no association was found between a formal diagnosis and the prescription of such drugs. **Conclusion:** There is evidence of high rates of psychotropic medication prescription and a disconnect between behavioural disturbances and formal diagnosis. It is a priority to improve detection, clinical assessment and social and healthcare coordination in order to provide comprehensive support that avoids addressing behavioural or emotional complexity solely through pharmacological intervention.

Citar como: Morentin Gutiérrez, R. & Redondo Jimeno, C. (2026). Indicadores de complejidad en salud mental en personas con discapacidad intelectual: prevalencia y principales características *Prolepsis. Revista de Investigación en Psicología*, 21 (1), 75-96. <https://doi.org/10.67799/prolepsis.2026.13.1.04>

Autor y e-mail de correspondencia: Raquel Morentin Gutiérrez innovacion@plenainclusioncyl.org
Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

Introducción

La salud mental constituye un área de creciente interés social, sanitario y científico, también en la atención y prestación de apoyos a las personas con discapacidad intelectual (DI). Plena inclusión Castilla y León reconoce la complejidad de esta realidad, en la que coexisten factores personales, clínicos, sociales y contextuales, así como la necesidad de avanzar hacia modelos de apoyo centrados en la persona, basados en derechos y con perspectiva comunitaria también en el ámbito de la salud mental.

Diversos estudios han mostrado que las personas con DI presentan una mayor vulnerabilidad a desarrollar problemas de salud mental que la población general, situándose las cifras de prevalencia entre el 20 y el 40%, si bien existe una gran heterogeneidad en función de las muestras, los instrumentos y los criterios utilizados (Cooper et al., 2007; Deb et al., 2001a, 2001b; Patel et al., 2023); moviéndose generalmente las cifras entre el 20 y el 40%. Esta heterogeneidad refuerza la necesidad de precisar qué y cómo se mide en cada estudio, así como con qué criterios se identifica a las personas participantes (Komenda-Shned et al., 2024).

Por otro lado, en personas con DI, especialmente cuando existen mayores necesidades de apoyo, limitaciones comunicativas o dificultades para expresar síntomas internos, los sistemas diagnósticos generales pueden no captar adecuadamente la expresión clínica de determinados trastornos mentales. En estos casos, el malestar psicológico o psiquiátrico puede manifestarse a través de cambios conductuales, alteraciones del sueño, irritabilidad, retraimiento, agitación o conductas que suponen un reto para los apoyos. Esta complejidad ha llevado al desarrollo de guías y sistemas diagnósticos adaptados, como el *Diagnostic Manual–Intellectual Disability* –DM-ID-2–, orientados a facilitar un diagnóstico psiquiátrico más preciso en personas con DI (Fletcher et al., 2016).

Una de las barreras más relevantes es el denominado eclipsamiento diagnóstico, fenómeno por el cual síntomas emocionales, conductuales o psiquiátricos pueden ser atribuidos erróneamente a la propia discapacidad intelectual, dificultando la identificación de trastornos mentales coexistentes. En consecuencia, la ausencia de diagnóstico formal no puede interpretarse necesariamente como ausencia de problema de salud mental. Este fenómeno fue descrito clásicamente por Reiss et al. (1982) y continúa siendo una cuestión relevante en la evaluación clínica de personas con DI.

Las alteraciones graves de conducta, denominadas también conductas desafiantes o conductas que nos preocupan, añaden una complejidad adicional. Estas conductas no deben interpretarse como equivalentes a un trastorno mental ni como un problema inherente a la persona. Sin embargo, pueden constituir una forma de expresión de malestar, necesidades no cubiertas, dolor, dificultades de comunicación, condiciones contextuales inadecuadas o problemas de salud mental no identificados. Matson & Shoemaker (2011) destacan precisamente la complejidad de la psicopatología en personas con DI y la necesidad de diferenciar entre trastornos psicopatológicos y manifestaciones conductuales que requieren análisis funcional y contextualizado.

En esta línea, publicaciones recientes del movimiento Plena inclusión, como *Conductas que nos preocupan* y la *Guía de Apoyo Conductual Positivo*, insisten en superar respuestas centradas exclusivamente en el control de la conducta o en el diagnóstico, promoviendo modelos preventivos, éticos, personalizados y orientados a la calidad de vida. Desde esta perspectiva, la conducta grave no se considera un trastorno mental en sí misma, sino un posible indicador de complejidad que puede requerir evaluación especializada y coordinación entre los sistemas social y sanitario.

Otro elemento relevante es el tratamiento psicofarmacológico. El consumo de psicofármacos no identifica necesariamente la existencia de un trastorno mental diagnosticado, pero sí identifica personas que probablemente están siendo atendidas por dispositivos de salud mental o presentan una complejidad clínica relevante. De hecho, en la práctica asistencial, determinadas alteraciones graves de conducta o manifestaciones de malestar pueden ser abordadas mediante tratamiento psicofarmacológico, aun cuando no exista un diagnóstico psiquiátrico formal claramente registrado. Esta situación lleva tiempo generando preocupación en la literatura científica. Sheehan et al. (2015), en un estudio poblacional en Reino Unido, observaron que la proporción de personas con discapacidad intelectual tratadas con psicofármacos superaba ampliamente la proporción de personas con enfermedad mental registrada. Asimismo, Tyrer et al. (2008) cuestionaron ya en su día el uso rutinario de antipsicóticos para el tratamiento de conductas agresivas desafiantes en personas con discapacidad intelectual.

Por ello, el elevado uso de psicofármacos en esta población debe interpretarse con cautela y analizarse en relación con la indicación clínica, el seguimiento, la duración del tratamiento y la disponibilidad de intervenciones psicológicas, conductuales, contextuales y de apoyo. Las recomendaciones clínicas actuales insisten en la necesidad de realizar evaluaciones integrales y adaptadas, implicar a la persona y a sus apoyos significativos, y evitar respuestas exclusivamente farmacológicas cuando la conducta puede estar relacionada con factores comunicativos, ambientales, físicos o emocionales.

Por todo ello, en personas con DI, el estudio de la salud mental exige una mirada amplia y prudente. Diagnóstico formal de enfermedad mental, alteraciones graves de conducta y tratamiento psicofarmacológico son realidades conceptualmente diferentes y no deben considerarse equivalentes. Sin embargo, en el contexto de la DI, las barreras diagnósticas, la expresión conductual del malestar y la respuesta farmacológica forman parte de una misma realidad asistencial que requiere evaluación integral, seguimiento y planificación de apoyos.

En este marco, el presente estudio no pretende estimar exclusivamente la prevalencia clínica de trastorno mental diagnosticado. Su objetivo es identificar la prevalencia de personas adultas con discapacidad intelectual atendidas en entidades de Plena inclusión Castilla y León que presentan al menos uno de tres indicadores registrados de complejidad relacionados con la salud mental: diagnóstico formal de enfermedad mental, alteraciones graves de conducta y/o consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico. Asimismo, se analizan distintas variables asociadas, con el fin de ampliar la información

para comprender en mayor medida esta compleja realidad.

Método

Diseño

El presente estudio se ha llevado a cabo a través de una metodología cuantitativa y un diseño transversal, estableciendo como variables independientes (asignadas) las características sociodemográficas de la persona y del tipo de centro/recurso donde acude; y, como variables dependientes (de estudio) el diagnóstico formal de enfermedad mental, la existencia de alteraciones graves de conducta y el consumo de psicofármacos.

Estas tres variables de estudio constituyeron, de hecho, los tres criterios de inclusión en la investigación. Tal como se ha explicado en la introducción, la inclusión de estos tres criterios responde a una concepción aplicada y multidimensional de la complejidad en salud mental en personas con DI. Se trata de dimensiones conceptualmente diferenciadas, por lo que no se interpretan como equivalentes entre sí ni como diagnóstico clínico único. Sin embargo, en el contexto de la discapacidad intelectual, estos tres indicadores se han considerado claves como indicadores de complejidad vinculados a la salud mental.

Por tanto, los resultados no deben interpretarse como una estimación de la prevalencia de enfermedad mental, sino como una aproximación a la proporción de personas que presentan al menos un indicador asociado a la complejidad de la salud mental en este colectivo. Esta decisión metodológica, aunque puede considerarse que en cierto modo limita la validez de constructo del indicador compuesto, sin embargo, responde a una clara intencionalidad aplicada, con la pretensión de avanzar en la identificación, detección, evaluación, seguimiento, intervención y coordinación socio-sanitaria.

Participantes

Los criterios de inclusión de los participantes fueron por tanto tres, no siendo además excluyentes entre sí. La definición de cada uno de ellos se realizó de manera restrictiva, con el fin de delimitar en mayor medida la muestra.

- a) *Diagnóstico formal de enfermedad/trastorno mental.* Este diagnóstico debía ser oficial y estar realizado por profesionales de la salud mental (del sector público/privado), dejando por tanto fuera de este criterio aquellas personas de las que “se sospecha de enfermedad/trastorno mental”, pero no existía un diagnóstico formal. Respecto al sistema clasificatorio, se refirieron a la clasificación CIE-10, por ser la comúnmente referida en los diagnósticos formales de los participantes en el momento de realización del estudio.
- b) *Presencia de alteraciones graves de conducta.* Se destaca en este criterio la referencia exclusivamente a conductas que se consideran “graves” y no a la mera presencia de alteraciones de conducta. Para ello, partiendo de la definición

de 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 calidad de vida 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”), la identificación del cumplimiento del criterio se limitó a aquellos participantes que obtuvieran en la subescala de problemas de conducta del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP; Bruininks et al., 1986; adaptación española de Montero, 1996) al menos una puntuación de 3 en gravedad o en frecuencia. Se utilizó este instrumento por ser el único que evaluaba las alteraciones de conducta y que era empleado de forma sistemática por todas las entidades participantes, lo que permitía homogeneizar el criterio de evaluación.

- c) *Consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico.* Dado el amplio porcentaje de personas con DI que tienen epilepsia, se excluyó del estudio el consumo de antiepilépticos cuando su prescripción se debía al tratamiento exclusivo de epilepsia (sin estar relacionado con una intervención psiquiátrica).

Se realizó un proceso de muestreo incidental respecto a las entidades federadas en Plena inclusión Castilla y León, resultando 25 entidades en disposición a colaborar (un 86.2% de todas las entidades susceptibles de participar). El flujo muestral del estudio fue el siguiente:

En primer lugar, se tomó como población de referencia a las 4.715 personas adultas con DI que recibían apoyos en los 122 centros o servicios de esas 25 entidades colaboradoras.

De ellas, 1.604 personas fueron identificadas por cumplir al menos uno de los tres criterios de inclusión: diagnóstico formal de enfermedad mental, presencia de alteraciones graves de conducta y/o consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico.

En una segunda fase, con objeto de obtener información más exhaustiva de las personas identificadas, se desarrolló un cuestionario ampliado, el cual resultó aplicado para un total de 1.393 casos. Esto fue 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 esas situaciones, 11 centros de 3 entidades participantes, se ha mantenido la misma distribución por sexo que existía en el grupo de personas con DI identificadas previamente.

El total de personas con DI sobre las que se ha cumplimentado este cuestionario más exhaustivo de información (1.393) se corresponde al 86.85% de las personas con DI identificadas (1.604), por lo que los resultados siguen siendo representativos y generalizables.

Instrumentos

Para la recogida de datos se utilizaron dos cuestionarios estructurados,

cumplimentados ambos en formato web. El primero, *Cuestionario de datos identificativos*, más breve y conciso, permitió identificar a las 1.604 personas con DI que cumplían al menos algún criterio de inclusión. Incluía tres apartados con un total de 14 ítems: (a) instrucciones para el encuestador y la identificación de casos, (b) datos del encuestador y (c) datos de la entidad.

A continuación, para no sobrecargar a los profesionales de las entidades, se aplicó el segundo cuestionario, *Cuestionario de prevalencia*, a una submuestra de ellos ($n=1.393$). Este segundo cuestionario, conformado por 66 ítems, recopilaba información más exhaustiva sobre cada persona con DI identificada. Más concretamente, en torno a: (a) características socio-demográficas de la persona con DI identificada, (b) información sobre indicadores de complejidad en salud mental (diagnóstico formal de enfermedad mental, alteraciones graves de conducta, consumo de psicofármacos) y sobre otras dificultades asociadas a la salud; (c) información sobre la respuesta sanitaria recibida y (d) respuesta por parte del servicio social en el que se atiende a la persona.

Ambos cuestionarios fueron diseñados ad-hoc para este estudio por un equipo de trabajo integrado por profesionales de Plena inclusión Castilla y León, profesionales de entidades participantes con experiencia directa en el apoyo a personas con DI y alteraciones de la salud mental y personal investigador experto de la Universidad de Valladolid.

Al tratarse de instrumentos elaborados específicamente para este estudio y no de escalas psicométricas estandarizadas, no se dispone de análisis psicométricos completos. Sin embargo, con el fin de reforzar su validez de contenido, los ítems fueron revisados mediante juicio experto (valorando su pertinencia, claridad, adecuación terminológica y coherencia con los objetivos del estudio y la realidad de los servicios participantes), lo que permitió ajustar la formulación de las preguntas, la estructura del instrumento y las categorías de respuesta antes de su aplicación definitiva. Un total de 7 profesionales conformaron ese comité de expertos: 5 profesionales de entidades (psicólogos), con amplia formación avalada en el objeto del estudio y larga trayectoria profesional en la atención al colectivo diana; 1 profesor titular de Universidad con amplia trayectoria investigadora en el campo de las alteraciones graves de conducta y las personas con DI y un profesional de Plena inclusión Castilla y León, experta en salud mental con formación profesional e investigadora y trayectoria profesional vinculada al objeto del estudio.

Procedimiento

Tras aprobarse el estudio y comunicarse a las entidades, se conformó un equipo investigador para diseñar los cuestionarios y trasladarlos a formato web. Se elaboraron instrucciones de cumplimentación y se realizaron 3 sesiones de formación con encuestadores (un total de 56 encuestadores, la mayoría psicólogos/as con experiencia, valía y formación constatada y con conocimiento experto sobre la persona con DI sobre la que recogían la información).

La información para cumplimentar los cuestionarios fue aportada por estos

profesionales, principalmente a partir del conocimiento profesional de cada caso y de la información disponible en los servicios donde reciben los apoyos. Durante la recogida, se aplicaron controles de calidad para asegurar la fiabilidad y validez de los datos, así como la confidencialidad y anonimato de los participantes.

Finalizado el trabajo de campo, se depuró la base de datos y se realizaron los análisis oportunos, contando para ello con la colaboración del Departamento de Psicología de la Universidad de Valladolid.

Análisis de datos

La base de datos fue sometida a revisión y depuración antes de pasar a la fase de análisis. Asimismo, los casos con alguna variable incompleta “no indispensable” para el estudio fueron excluidos únicamente de los análisis correspondientes a esa variable afectada, manteniéndose el tamaño muestral disponible en cada análisis.

Depurada la base de datos, se realizaron análisis descriptivos e inferenciales. Las asociaciones entre variables categóricas se analizaron mediante la prueba de χ^2 . Para explorar las variables asociadas al diagnóstico formal de enfermedad mental se ajustó un modelo de regresión logística binaria, tomando como variable dependiente la presencia o ausencia de diagnóstico formal de enfermedad mental. El nivel de significación estadística se estableció en $p < .05$.

Los análisis se realizaron con los programas SAS, SPSS y STATA.

Consideraciones éticas y protección de datos

El estudio fue aprobado institucionalmente por Plena inclusión Castilla y León y contó con la participación voluntaria de las entidades federadas, si bien se reconoce la ausencia de solicitud y aprobación formal por un comité de ética (tal como sugiere la guía STROBE). La información fue aportada por profesionales de referencia que conocían muy bien a las personas con DI (principalmente psicólogas/os), sin que las propias personas con DI intervinieran directamente en el proceso. Los datos fueron tratados de forma anonimizada y agregada, sin incorporar información identificativa personal en la base de análisis. El estudio se desarrolló respetando los principios de confidencialidad, protección de datos y uso responsable de la información.

Resultados

Sobre un total de 4.715 personas adultas con DI atendidas en los centros participantes, 1.604 personas cumplieron al menos uno de los criterios de inclusión. Los análisis descriptivos e inferenciales más detallados se realizaron sobre la submuestra de 1.393 personas en torno a las cuales se cumplimentó el cuestionario ampliado.

Características de los participantes identificados

Las principales características sociodemográficas de los participantes identificados por

cumplir al menos alguno de los criterios de inclusión (y sobre los que se aplicó el cuestionario ampliado, $n = 1.393$) pueden consultarse en la siguiente Tabla (Tabla 1), encontrándose el rango de edad de los participantes entre los 18 y los 81 años ($M = 47$, $DT = 13.3$).

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes identificador por cumplir alguno de los criterios de inclusión

Variable	Categoría	%
Sexo	Mujeres	45.4
	Hombres	54.6
Tipo de centro	Centros de día / ocupacionales	91.5
	Centros especiales de empleo	8.5
Ámbito	Urbano	52.2
	Rural	47.8
Porcentaje de discapacidad	> 74%	48.0
	65% – 74%	40.6
	33% – 64%	9.4
	No consta / no valorado	2.0
Nivel de discapacidad	DI moderada	36.5
	DI leve o ligera	35.2
	DI grave o severa	19.0
	Inteligencia límite	7.0
	DI profunda	1.9
	No especificado	0.5
Grado de dependencia	Grado II	35.3
	Grado III	24.2
	Grado I	23.6
	Sin valorar / desconocido	16.9
Tiempo de institucionalización	> 15 años	51.1
	< 1 año	2.8
Problemas de salud relevantes	Presenta al menos un problema de salud	73.9
	Epilepsia	25.9
	Déficit sensorial	18.2
	Problemas gastrointestinales	18.1
	Dolores crónicos o recurrentes	16.7
	Alteraciones del sueño	13.5

Nota. Los porcentajes de los problemas de salud específicos no suman 100% porque las categorías no son mutuamente excluyentes (un mismo participante puede presentar más de un problema de salud).

Prevalencia y estimaciones poblacionales

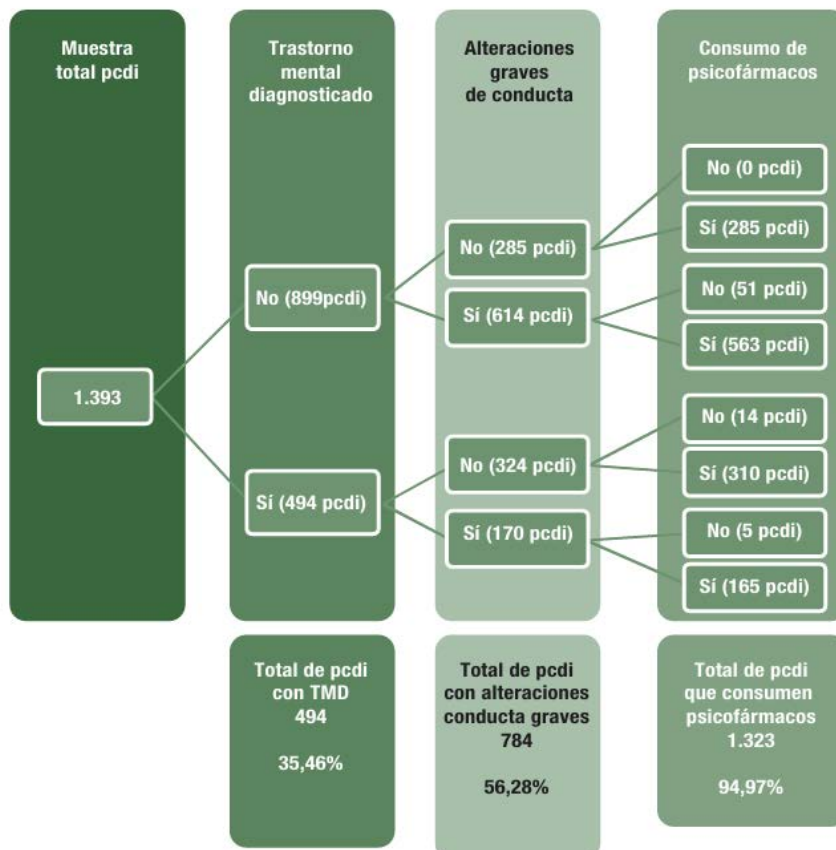
Respecto a los resultados de prevalencia global, los resultados indican que del total de personas con DI mayores de edad que reciben apoyo en las entidades federadas (4.715), el 34% ($n = 1.604$) cumplen al menos uno de los tres criterios de inclusión en el estudio, resultado alineado con la literatura científica previa.

Como se ha explicado anteriormente, para no sobrecargar a los profesionales que cumplimentaban los cuestionarios, se realizó una submuestra dentro de las personas identificadas, sobre las que se aplicó un cuestionario más exhaustivo. Esa submuestra fue de 1.393 personas (86.9% de las 1.604 identificadas). Sobre este último grupo se aplicó el cuestionario ampliado, el cual permite diferenciar la distribución por criterios y, además, profundizar con mayor exhaustividad en los resultados (Figura 1).

Así, considerando que los criterios (indicadores de complejidad en salud mental) no son excluyentes entre sí, un 35.5% de la muestra ($n = 494$) cumplió el primer criterio (diagnóstico formal de enfermedad mental), el 56.3% presentaba alteraciones graves de conducta ($n = 784$) y el 95% consumía psicofármacos como tratamiento psiquiátrico ($n = 1.323$).

Figura 1

Distribución de las personas con DI que cumplen los criterios de inclusión en el estudio



A partir de los datos, considerando la amplia muestra de este estudio y su representatividad, se realizaron estimaciones poblacionales, trasladando estos resultados de prevalencia a la población de personas con DI mayores de edad de Castilla y León ($N = 17.399$ personas adultas con DI, según datos vigentes en el momento de realización del estudio del *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León*, (Junta de Castilla y León, 2017). Así, se realizaron estimaciones poblacionales con un error muestral muy aceptable ($EM = 2.52$ puntos porcentuales) y un nivel de confianza del 95% ($p = q = .50$). Los resultados muestran lo siguiente respecto a cada indicador de complejidad en salud mental incluido en el estudio: a) el 12.1% de las personas con DI mayores de edad en Castilla y León tienen una enfermedad mental diagnosticada formalmente; b) el 19.2% de las personas con DI mayores de edad en Castilla y León presentan alteraciones graves de conducta; y c) el 32.3% de las personas con DI mayores de edad en Castilla y León consume psicofármacos como tratamiento psiquiátrico.

En todo caso, aunque el estudio cuenta con una muestra amplia, estas estimaciones poblacionales deben interpretarse con cierta cautela y no extrapolarse sin matices a todas las personas adultas con DI de Castilla y León, puesto que los participantes de la muestra proceden de entidades prestadoras de apoyos y en una gran proporción acuden a servicios institucionalizado. Por ello, a pesar de la amplia muestra del estudio, la interpretación debe ser prudente, especialmente en lo que se refiere a personas con DI que viven en la comunidad y reciben apoyos menos intensos o exclusivamente comunitarios.

Relaciones entre criterios

Respecto al cumplimiento simultáneo de varios criterios, tal como se muestra en la Figura 1, los resultados descriptivos tras la aplicación del cuestionario ampliado ($n = 1.323$) muestran que un 33.9% cumplía los tres criterios simultáneamente, un 60% cumplía los dos últimos criterios (alteraciones graves de conducta + consumo de psicofármacos), un 1.3% los dos primeros (diagnóstico enfermedad mental + alteraciones graves de conducta) y un 0.2% el primero y tercer criterio (diagnóstico enfermedad mental + consumo de psicofármacos).

Al profundizar en estos resultados, encontramos relaciones significativas interesantes entre criterios. Así, se constató asociación significativa entre alteraciones graves de conducta y ausencia de diagnóstico de enfermedad mental ($\chi^2 = 148.77$; $p < .001$), encontrándose una proporción significativamente superior de personas con DI con alteraciones graves de conducta entre aquellas que no tienen diagnóstico de enfermedad mental, en tanto y cuanto tener diagnosticada formalmente una enfermedad mental se asocia con una menor probabilidad de mostrar alteraciones graves de conducta.

También fue significativa la relación entre consumo de psicofármacos y alteraciones graves de conducta ($\chi^2 = 9.18$; $p = .002$), constatándose que la proporción de personas con DI que consumen psicofármacos es significativamente superior entre aquellas que presentan alteraciones graves de conducta. Por el contrario, no fue significativa la relación

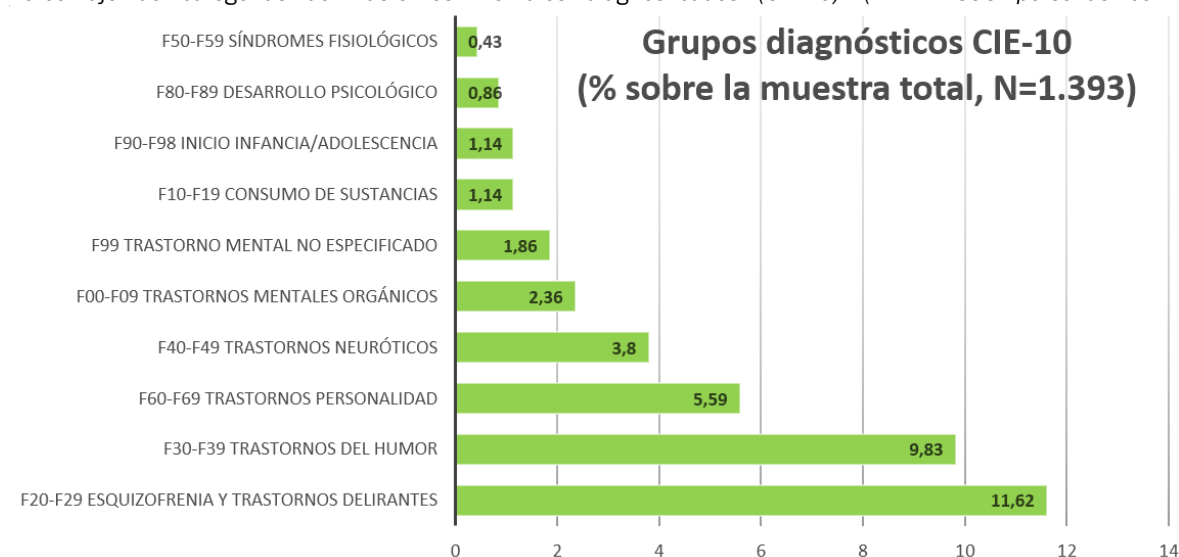
entre ese consumo de psicofármacos y el diagnóstico de enfermedad mental ($\chi^2 = 1.33$; $p = .249$). Ambos resultados, tomados conjuntamente, pueden estar apoyando la preferencia por un tratamiento más centrado en “reducir síntomas conductuales” y no tanto en el diagnóstico.

Resultados por criterios: diagnóstico formal de enfermedad mental

Si nos centramos en cada uno de los criterios, respecto al primero, diagnóstico formal de enfermedad mental (Figura 2), encontramos que el diagnóstico más frecuente fue “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”, con un 11.6% del total de casos de la muestra (un 32.8% de total de 494 personas de la muestra que tienen un diagnóstico formal); a continuación, los “Trastornos del humor afectivos”, con un 9.8% del total de casos de la muestra (un 27.7% del total de casos diagnosticados), seguido de los “Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto”, con un 5.6% del total de casos de la muestra (y un 15.8% del total e casos que cuentan con diagnóstico formal).

Figura 2

Porcentaje de categorías de trastornos mentales diagnosticados (CIE-10). ($n = 1.393$ personas con DI).



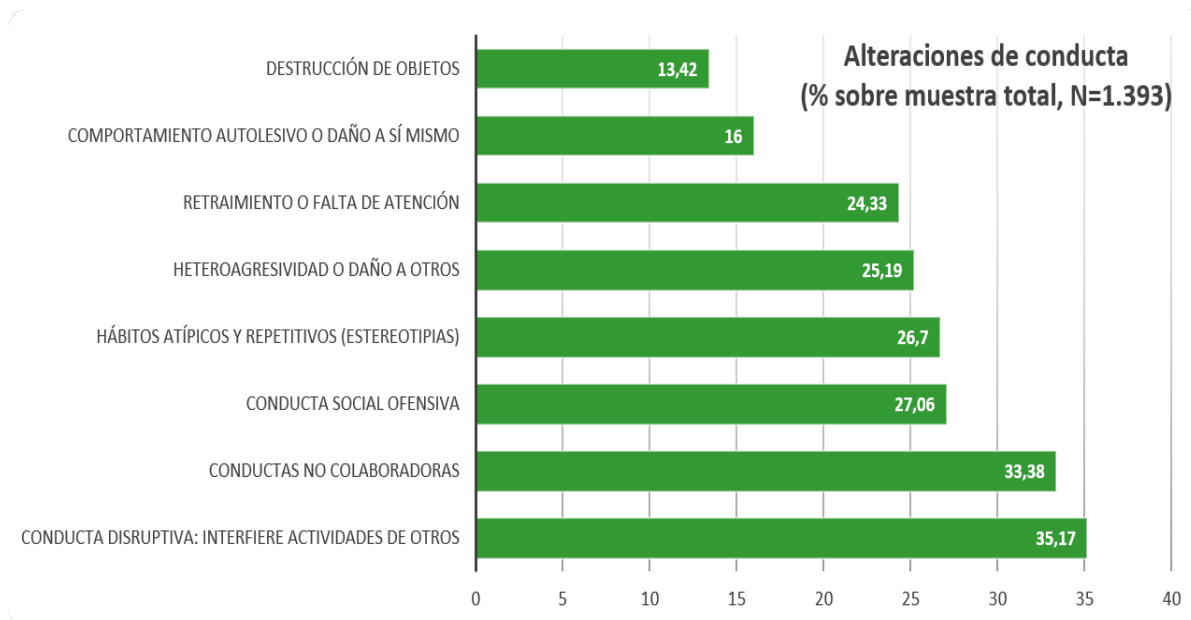
Al cruzar la variable tener o no diagnóstico formal de enfermedad con otras variables sociodemográficas, hemos encontrado relaciones significativas con: el porcentaje de discapacidad ($\chi^2(2) = 148.77$; $p < .001$), siendo más probable disponer de diagnóstico cuando el porcentaje de DI es menor; el nivel de DI ($\chi^2(4) = 169.05$; $p < .001$), resultando el diagnóstico de enfermedad mental significativamente más probable en los niveles de DI límite y ligero; y el grado de dependencia ($\chi^2(2) = 48.4$; $p < .001$), siendo más probable disponer de un diagnóstico de enfermedad mental cuando el grado de dependencia es menor. Tomados conjuntamente, estos resultados parecen estar indicando una mayor asociación entre disponer de diagnóstico de enfermedad mental y menores necesidades de apoyo de la persona con DI. Esto no significa que las personas con DI con mayores necesidades de apoyo no tengan enfermedad mental, sino que en ellas es menos probable que cuenten con un diagnóstico formal.

Resultados por criterios: alteraciones graves de conducta

Por su parte, respecto a las alteraciones graves de conducta (Figura 3), segundo criterio/indicador de complejidad, han destacado las “conductas disruptivas que interfieren en la actividad de otros”, presentes en el 35.2% del total de casos de la muestra (un 62.5% del total de 784 casos de la muestra que tienen alteraciones graves de conducta), seguido de “conductas no colaboradoras”, presentes en el 33.4% de la muestra (un 59.3% del total de casos que tienen alteraciones graves de conducta).

Figura 3

Porcentaje de alteraciones graves de conducta (ICAP) (n= 1.393 personas con DI).



Al cruzar la variable presentar o no alteraciones graves de conducta con otras variables sociodemográficas, hemos encontrado relaciones significativas con: el porcentaje de discapacidad ($\chi^2(2) = 35.09$; $p < .001$), encontrando una proporción de personas con alteraciones graves de conducta significativamente superior entre aquellas personas con un porcentaje de discapacidad superior al 75%; el nivel de DI ($\chi^2(4) = 61.02$; $p < .001$), resultando significativamente más probable desarrollar alteraciones graves de conducta en los niveles de DI de mayor afectación; y el grado de dependencia ($\chi^2(2) = 41.74$; $p < .001$), siendo más probables las alteraciones graves de conducta entre aquellas con un grado de dependencia mayor.

Tomados conjuntamente, estos resultados parecen estar indicando una mayor asociación entre alteraciones graves de conducta y mayores necesidades de apoyo de la persona con DI.

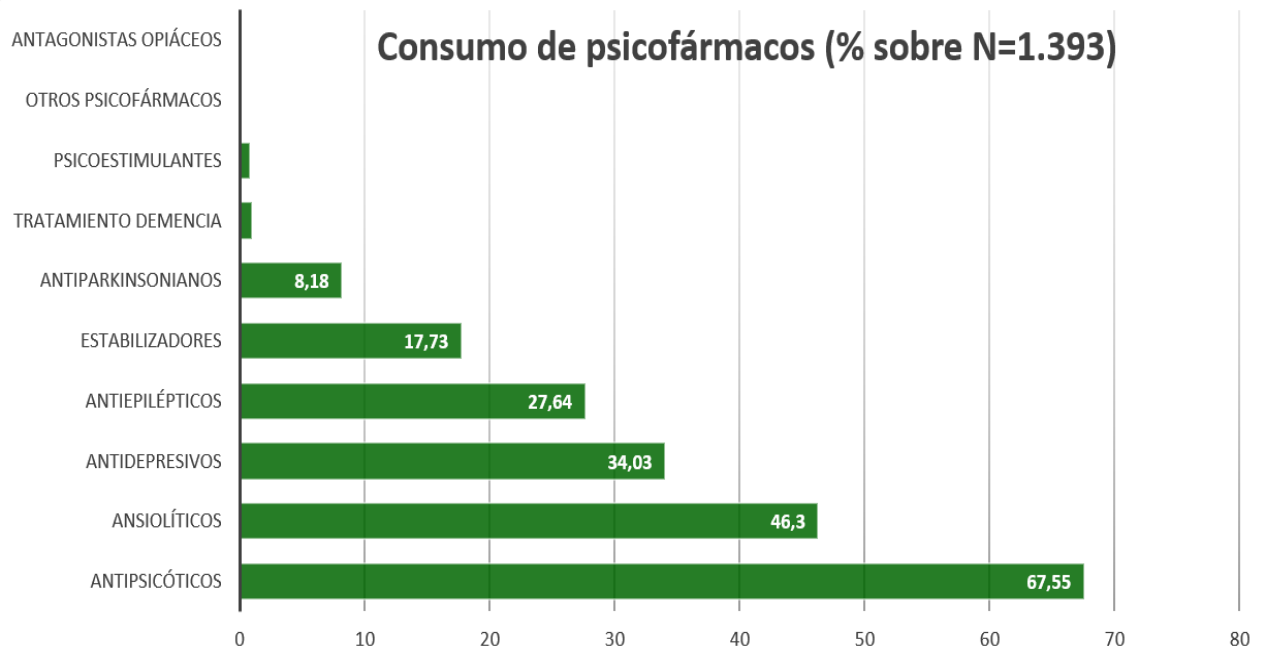
Resultados por criterios: consumo de psicofármacos

Finalmente, en relación con el consumo de psicofármacos como tratamiento

psiquiátrico (Figura 4), el más frecuente ha sido el de “antipsicóticos”, consumo realizado por el 67.6% del total de la muestra (un 71.1% del total de 1.323 casos que consumen psicofármacos), seguido por el consumo de “ansiolíticos”, realizado por el 46.3% de la muestra (un 48.8% del total de personas que consumen psicofármacos).

Figura 4

Porcentaje de tipo de psicofármacos consumidos como tratamiento psiquiátrico ($n = 1.393$ personas con DI).



Respecto al número de psicofármacos por persona que consumen los participantes en el momento de realización del estudio, se destaca que más de la mitad (55.8%) de las personas con DI que cumplían este tercer criterio ($n = 1.323$) tomaban entre dos y tres psicofármacos como tratamiento psiquiátrico en el momento de realización del estudio.

Modelo predictivo

Tras la realización de diversos análisis y múltiples contrastes estadísticos incluyendo tanto variables sociodemográficas como las variables de estudio, que, por limitaciones de extensión del artículo no se detallan, se vio factible establecer, a partir de esos resultados parciales, un modelo de regresión logística binaria, con el objetivo de identificar variables asociadas a la presencia de diagnóstico formal de enfermedad mental (Tabla 2).

Este modelo mostró que el diagnóstico formal de enfermedad mental es más probable que se dé en personas con DI con determinadas características: nivel de DI límite o leve, que no tengan alteraciones graves de conducta, que no presentan alteraciones del sueño, que se les apoye en centros o recursos de ámbito rural, que no presenten problemas de relación social y que no tengan epilepsia.

Tabla 2

Predictores o variables de interés para la presencia de diagnóstico de enfermedad mental

Parámetros	Categoría	df	χ^2	p
Alteraciones de Conducta	No Sí	1	112.41	.000
Nivel de DI	Límite	1	11.51	.001
	Leve	1	6.9	.009
	Moderado	1	2.26	.133
	Severo	1	0.12	.732
Dificultad de relación	No Sí	1	7.93	.005
Ámbito del centro de apoyo	Rural Urbano	1	14.32	.000
Epilepsia	No Sí	1	21.8	< .001
Problemas sueño	No Sí	1	21.79	.000

Nota. La variable Nivel de DI fue introducida mediante variables indicadoras -*dummy variables*-, tomando como categoría de referencia [DI profunda].

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran una presencia elevada de indicadores de complejidad relacionados con la salud mental en personas adultas con DI atendidas en entidades de Plena inclusión Castilla y León. En concreto, el 34% de las 4.715 personas adultas con DI que recibían apoyos en los centros participantes cumplía al menos uno de los tres criterios de inclusión establecidos: diagnóstico formal de enfermedad mental, alteraciones graves de conducta y/o consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico. Este resultado se sitúa en el rango descrito en la literatura científica, si bien debe interpretarse teniendo en cuenta la definición amplia y aplicada del indicador utilizado, así como la heterogeneidad metodológica existente entre estudios (Morentin et al., 2021).

El principal valor del estudio no reside únicamente en cuantificar esta realidad, sino en mostrar la complejidad asistencial que se produce cuando confluyen salud mental, conducta, comunicación, necesidades de apoyo, salud física y respuesta farmacológica. En este sentido, los tres criterios utilizados no son equivalentes entre sí ni deben interpretarse como manifestaciones de una misma entidad clínica. Tener un diagnóstico formal de enfermedad mental, presentar alteraciones graves de conducta o consumir psicofármacos como tratamiento psiquiátrico son realidades conceptualmente diferentes. Sin embargo, en el contexto de la DI, todas ellas pueden actuar como señales relevantes de necesidad de evaluación, seguimiento, coordinación sociosanitaria y planificación de apoyos.

En relación con el diagnóstico formal de enfermedad mental, los resultados muestran que el 35.5% de la muestra con cuestionario ampliado contaba con un diagnóstico

registrado, siendo más frecuentes los diagnósticos del grupo de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, seguidos de los trastornos del humor. Asimismo, los análisis realizados muestran una mayor presencia de diagnóstico formal en personas con menor nivel de afectación intelectual, menor porcentaje de discapacidad y menor grado de dependencia. Esta asociación debe interpretarse con prudencia, pero resulta compatible con una hipótesis relevante en este campo: las personas con mayores necesidades de apoyo, mayores dificultades comunicativas o expresión clínica más atípica pueden encontrar más barreras para recibir un diagnóstico formal de salud mental. Esto no significa que presenten menos problemas de salud mental, sino que estos pueden estar menos identificados o menos registrados (Morentin et al., 2021).

En esta línea, el fenómeno del eclipsamiento diagnóstico continúa siendo una clave interpretativa importante. La atribución de determinados síntomas emocionales, conductuales o psiquiátricos a la propia DI puede dificultar la identificación de trastornos mentales coexistentes (Reiss et al., 1982), favoreciendo que determinados problemas de salud mental permanezcan infradetectados o sean interpretados como manifestaciones inherentes a la discapacidad (Mason & Scior, 2004). Además, la identificación de trastornos psiquiátricos en personas con DI puede verse condicionada por los procedimientos de evaluación utilizados, la disponibilidad de información clínica y la experiencia de los profesionales implicados, lo que puede generar variabilidad en las tasas de diagnóstico registradas (Cooper et al., 2007). Los resultados del modelo de regresión logística muestran que el diagnóstico formal registrado se asocia con determinadas características personales y contextuales, pero no permiten afirmar que dichas características produzcan por sí mismas la presencia o ausencia de diagnóstico. Esta cautela es especialmente relevante en un estudio transversal y basado en información registrada o aportada por profesionales, ya que este tipo de diseños permiten identificar asociaciones, pero no establecer relaciones causales ni descartar la influencia de factores no medidos.

Respecto a las alteraciones graves de conducta, el 56.3% de la muestra ampliada presentaba este indicador. Las conductas más frecuentes fueron las conductas disruptivas que interfieren en la actividad de otros y las conductas no colaboradoras. Los resultados también muestran una mayor presencia de alteraciones graves de conducta en personas con mayores necesidades de apoyo. Este dato debe interpretarse desde una perspectiva funcional y contextualizada: las conductas que nos preocupan no son equivalentes a enfermedad mental ni deben ser entendidas como un problema inherente a la persona. Pueden expresar malestar, dolor, dificultades de comunicación, necesidades no cubiertas, condiciones ambientales inadecuadas o problemas de salud física o mental no suficientemente identificados. Por ello, su presencia requiere evaluaciones integrales, funcionales y adaptadas, que analicen la interacción entre la persona y su contexto (Morentin et al., 2021).

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio es la relación entre alteraciones graves de conducta y ausencia de diagnóstico formal de enfermedad mental. Esta asociación puede interpretarse como una señal de alerta sobre las dificultades de detección y registro

diagnóstico en personas cuya expresión de malestar se manifiesta principalmente a través de la conducta. En este sentido, las alteraciones graves de conducta en personas con DI pueden constituir una forma de expresión de necesidades no satisfechas, malestar emocional o trastornos mentales subyacentes, especialmente cuando existen limitaciones comunicativas que dificultan la identificación de síntomas internos (Emerson & Einfeld, 2011). No obstante, no puede concluirse que la conducta grave impida o cause la ausencia de diagnóstico. Los datos permiten afirmar que ambas variables están asociadas, y que dicha asociación refuerza la necesidad de evaluaciones clínicas más especializadas, adaptadas y multidisciplinarias, tal como recomiendan las guías clínicas para la evaluación de conductas desafiantes en personas con DI (NICE, 2015).

El tercer indicador, el consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico, aparece en el 95% de las personas identificadas en la muestra ampliada. Este porcentaje debe interpretarse con especial cautela, puesto que el consumo de psicofármacos constituía en sí mismo uno de los criterios propios de inclusión del estudio. Aun así, el dato es relevante, especialmente si se considera que los psicofármacos más frecuentes fueron los antipsicóticos y los ansiolíticos, y que más de la mitad de quienes consumían psicofármacos tomaban entre dos y tres fármacos en el momento del estudio (Morentin et al., 2021).

La asociación significativa entre consumo de psicofármacos y alteraciones graves de conducta, junto con la ausencia de asociación significativa entre consumo de psicofármacos y diagnóstico formal de enfermedad mental, plantea una cuestión especialmente importante para la práctica clínica y la planificación de apoyos. En personas con DI, el uso de psicofármacos se ha relacionado frecuentemente con la presencia de conductas desafiantes, aunque su utilización no siempre responde exclusivamente a la existencia de un diagnóstico psiquiátrico formal, lo que subraya la complejidad de las decisiones terapéuticas en este colectivo (Deb et al., 2015). Los resultados no permiten valorar la adecuación individual de los tratamientos ni afirmar que exista un uso inadecuado en casos concretos. Sin embargo, sí sugieren la necesidad de revisar los procesos de indicación, seguimiento, duración y coordinación de los tratamientos psicofarmacológicos, especialmente cuando estos se utilizan en contextos de complejidad conductual sin diagnóstico psiquiátrico formal.

Desde esta perspectiva, el estudio refuerza la necesidad de ampliar el abanico de respuestas disponibles. La intervención no debería limitarse a reducir síntomas o controlar conductas, sino orientarse a comprender qué está ocurriendo, qué función puede tener la conducta, qué necesidades no están siendo cubiertas y qué apoyos personales, comunicativos, ambientales o comunitarios pueden modificarse. Este enfoque es coherente con modelos como el apoyo conductual positivo, el apoyo activo, la planificación centrada en la persona y la reducción de prácticas restrictivas, que ponen el énfasis en la calidad de vida, la participación, los derechos y la comprensión de la persona en su contexto (Morentin et al., 2021).

Otro aspecto relevante es el perfil general de las personas identificadas. Se trata de un

grupo con importantes necesidades de apoyo, con una elevada presencia de otros problemas de salud relevantes y con una importante vinculación a servicios de apoyo. Esta realidad exige una respuesta coordinada entre los sistemas social y sanitario, así como una planificación de apoyos que no se limite al abordaje clínico o farmacológico (Deb, 2016). La complejidad de indicadores de salud mental debe entenderse en relación con la salud física, la comunicación, las oportunidades de participación, los vínculos sociales, la vida comunitaria y la posibilidad de desarrollar proyectos de vida significativos.

Finalmente, los resultados conectan con revisiones recientes que señalan tanto la dificultad para definir de forma específica qué constituye una buena salud mental en personas con DI como las limitaciones todavía existentes en los instrumentos disponibles para evaluar problemas comunes de salud mental y bienestar en esta población. En este sentido, los hallazgos del presente estudio subrayan la necesidad de seguir desarrollando herramientas de evaluación adaptadas, válidas y fiables, con participación de las propias personas con DI, y capaces de recoger tanto síntomas clínicos como dimensiones de bienestar, comunicación, entorno, relaciones y calidad de vida (Morentin et al., 2021).

Limitaciones

El estudio presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados. En primer lugar, la información fue recogida mediante cuestionarios estructurados cumplimentados por profesionales de referencia de las entidades participantes, a partir de la información disponible en los servicios y del conocimiento profesional de cada caso. Aunque se trataba mayoritariamente de profesionales con experiencia y conocimiento directo de las personas, los datos no proceden de una evaluación clínica directa realizada específicamente para este estudio. Por ello, los resultados deben interpretarse como prevalencia registrada o identificada en contextos de apoyo, y no como prevalencia clínica establecida mediante entrevista diagnóstica individual.

En segundo lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales. Las asociaciones encontradas entre diagnóstico formal, alteraciones graves de conducta, consumo de psicofármacos y otras variables sociodemográficas o clínicas deben interpretarse como relaciones estadísticas observadas en un momento determinado, no como relaciones causa-efecto.

En tercer lugar, el indicador compuesto utilizado integra tres dimensiones heterogéneas: diagnóstico formal de enfermedad mental, alteraciones graves de conducta y consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico. Esta decisión metodológica responde a una finalidad aplicada —identificar situaciones de complejidad que requieren evaluación, seguimiento y coordinación—, pero limita la validez de constructo si se interpretara como una medida única de trastorno mental. Por ello, la prevalencia global obtenida no debe entenderse como prevalencia clínica de enfermedad mental, sino como prevalencia de personas con al menos un indicador registrado de complejidad relacionado con salud mental, conducta y tratamiento psicofarmacológico.

En cuarto lugar, aunque la muestra es amplia y procede de un número elevado de entidades, los participantes reciben apoyos en servicios de entidades federadas, con una presencia relevante de personas vinculadas a entornos institucionalizados o servicios estables de apoyo. De hecho, más de la mitad de la muestra llevaba más de 15 años institucionalizada en un servicio. Por ello, las estimaciones poblacionales deben interpretarse con cautela y no extrapolarse sin matices a todas las personas adultas con discapacidad intelectual de Castilla y León, especialmente a aquellas que viven en la comunidad y reciben apoyos menos intensos o exclusivamente comunitarios.

Por último, los cuestionarios fueron diseñados ad-hoc para este estudio. Aunque se reforzó su validez de contenido mediante juicio experto y revisión por profesionales del ámbito social, sanitario y universitario, no se dispone de análisis psicométricos completos. Futuras investigaciones deberían incorporar instrumentos diagnósticos y de evaluación específicamente validados para personas con DI, así como información procedente de diferentes fuentes, incluyendo a las propias personas con discapacidad intelectual, sus familias y otros agentes significativos.

Implicaciones y líneas futuras

Los resultados tienen implicaciones relevantes para la práctica clínica, la intervención social, la planificación de servicios y la investigación futura. En primer lugar, ponen de manifiesto la necesidad de mejorar los sistemas de detección y diagnóstico de los problemas de salud mental en personas con DI, especialmente en aquellas con mayores necesidades de apoyo, dificultades de comunicación o expresión conductual del malestar. La ausencia de diagnóstico formal no debe ser interpretada automáticamente como ausencia de problema de salud mental.

En segundo lugar, los datos refuerzan la necesidad de fortalecer la coordinación sociosanitaria. Las situaciones identificadas en este estudio se sitúan en un espacio compartido entre salud mental, conducta, apoyos sociales, salud física, comunicación y contexto. Por ello, requieren respuestas integradas entre servicios sanitarios especializados, servicios sociales, entidades de apoyo, familias y la propia persona.

En tercer lugar, el estudio señala la conveniencia de revisar los procesos de prescripción, seguimiento y evaluación de los tratamientos psicofarmacológicos en personas con DI, especialmente cuando estos se asocian a alteraciones graves de conducta. Esta revisión no implica cuestionar la necesidad de dichos tratamientos en todos los casos, sino asegurar que forman parte de una estrategia integral, revisable y complementada con intervenciones psicológicas, conductuales, comunicativas, ecológicas y comunitarias.

En cuarto lugar, los resultados apoyan la necesidad de avanzar hacia modelos de intervención centrados en la persona, basados en derechos y orientados a la calidad de vida. Las conductas que nos preocupan deben abordarse desde una comprensión funcional y contextualizada, evitando respuestas exclusivamente reactivas o restrictivas. La planificación de apoyos debe abrir oportunidades de comunicación, relación,

participación comunitaria y desarrollo de proyectos de vida significativos.

Finalmente, futuras investigaciones deberían profundizar en la validación de instrumentos específicos para evaluar salud mental y bienestar en personas con DI, incorporar diseños longitudinales que permitan analizar trayectorias y cambios en el tiempo, incluir a personas que viven en entornos comunitarios con apoyos menos intensos, y recoger de forma directa la voz de las propias personas con DI.

Conclusiones

El presente estudio evidencia que una proporción relevante de personas adultas con DI atendidas en entidades de Plena inclusión Castilla y León presenta al menos un indicador registrado de complejidad relacionado con salud mental, conducta y tratamiento psicofarmacológico. En concreto, el 34% de las 4.715 personas adultas con DI que recibían apoyos en los centros participantes cumplía al menos uno de los tres criterios de inclusión establecidos. Esta cifra no debe interpretarse como prevalencia clínica de trastorno mental, sino como una estimación de personas identificadas en los servicios por presentar situaciones que requieren evaluación, seguimiento y planificación de apoyos.

Los tres indicadores analizados —diagnóstico formal de enfermedad mental, alteraciones graves de conducta y consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico— son realidades diferenciadas y no equivalentes. La alteración grave de conducta no es, por sí misma, una enfermedad mental, y el consumo de psicofármacos no implica necesariamente la existencia de un diagnóstico psiquiátrico formal. Sin embargo, en personas con DI, la expresión conductual del malestar, las barreras diagnósticas, las dificultades de comunicación, la presencia de otros problemas de salud y la respuesta farmacológica forman parte de una realidad asistencial compleja que exige una mirada integral.

Los resultados muestran también una distancia relevante entre la proporción de personas con diagnóstico formal de enfermedad mental y la proporción de personas que consumen psicofármacos como tratamiento psiquiátrico. Aunque el diseño del estudio no permite valorar la adecuación individual de los tratamientos, esta diferencia señala la necesidad de revisar los procesos de indicación, seguimiento y coordinación de la atención farmacológica, así como de garantizar intervenciones complementarias de carácter psicológico, conductual, comunicativo, ecológico y comunitario.

Asimismo, los datos sugieren que el diagnóstico formal de enfermedad mental aparece con mayor frecuencia en personas con menor nivel de afectación intelectual y menores necesidades de apoyo. Esta asociación debe interpretarse con prudencia, pero refuerza la necesidad de mejorar las herramientas diagnósticas y los procedimientos de evaluación clínica en personas con mayores dificultades comunicativas o de expresión emocional. No contar con diagnóstico formal no equivale necesariamente a no presentar problemas de salud mental.

En definitiva, el estudio aporta evidencia aplicada sobre una realidad compleja, frecuente y todavía insuficientemente identificada. Sus resultados invitan a avanzar hacia

modelos de apoyo que no se limiten al control de síntomas o conductas, sino que incorporen evaluación clínica adaptada, comprensión funcional, coordinación sociosanitaria, revisión del tratamiento psicofarmacológico, apoyos personalizados, reducción de restricciones y promoción de proyectos de vida significativos. La respuesta debe situarse en un marco de derechos, dignidad, participación comunitaria y calidad de vida para las personas con DI.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuentes de Financiación

El presente estudio forma parte de uno más amplio que ha recibido financiación de la Junta de Castilla y León con cargo a la asignación tributaria del IRPF.

Referencias

- Bruininks, R. H., Hill, B. K., Weatherman, R. F., & Woodcock, R. W. (1986). *ICAP. Inventory for client and agency planning. Examiner's manual*. Allen, DLM: Teaching Resources. <https://doi.org/10.1177/875687058500600405>
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27–35. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022483>
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001a). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495–505. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00374.x>
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001b). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16–64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 506–514. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00373.x>
- Deb, S., Unwin, G., & Deb, T. (2015). Characteristics and the trajectory of psychotropic medication use in general and antipsychotics in particular among adults with an intellectual disability who exhibit aggressive behaviour. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 59(1), 11–25. <https://doi.org/10.1111/jir.12119>
- Deb, S. (2016). Psychopharmacology. In N. N. Singh (Ed.), *Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities* (pp. 347–381). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-26583-4_13
- Emerson, E., & Einfeld, S. L. (2011). *Challenging behaviour* (3rd ed.). Cambridge University Press.
- Fletcher, R. J., Barnhill, J., & Cooper, S.-A. (Eds.) (2016). *DM-ID-2: Diagnostic manual–intellectual disability: A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability* (2nd ed.). NADD Press.

- Junta de Castilla y León. (2017). *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad 2016/2020*. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2017/02/13/pdf/BOCYL-D-13022017-8.pdf>
- Komenda-Schned, S., Landskron, S. J., Moritz, P., Brunevskaya, N., Santambrogio, J., Salvador-Carulla, L., Lueger-Schuster, B., & Zeilinger, E. L. (2024). Good mental health in people with intellectual disabilities: A systematic review. *Health Psychology Review*, 18(4), 954–976. <https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2398021>
- Mason, J., & Scior, K. (2004). 'Diagnostic Overshadowing' Amongst Clinicians Working with People with Intellectual Disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 85-90. <https://doi.org/10.1111/j.1360-2322.2004.00184.x>
- Matson, J. L., & Shoemaker, M. E. (2011). Psychopathology and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(5), 367–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283422424>
- Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades: Adaptación y validación del ICAP* (2.ª ed.). Mensajero.
- Morentin, R., Redondo, C., Arias, B., & Rodríguez, J. (2021). *Personas con discapacidad: Estudio sobre la situación y necesidades de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en Castilla y León*. Plena inclusión Castilla y León. https://plenainclusioncyl.org/wp-content/uploads/2021/04/descarga_1619766425_estudiosm.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Challenging behaviour and learning disabilities: Prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges* (NICE Guideline No. NG11). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11/resources/challenging-behaviour-and-learning-disabilities-prevention-and-interventions-for-people-with-learning-disabilities-whose-behaviour-challenges-pdf-1837266392005>
- Patel, M., Lee, J. Y., & Scior, K. (2023). Psychometric properties of measures designed to assess common mental health problems and wellbeing in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 67(5), 397–414. <https://doi.org/10.1111/jir.13018>
- Reiss, S., Levitan, G. W., & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86(6), 567–574.
- Sheehan, R., Hassiotis, A., Walters, K., Osborn, D., Strydom, A., & Horsfall, L. (2015). Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ*, 351, h4326. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4326>
- Tyrer, P., Oliver-Africano, P. C., Ahmed, Z., Bouras, N., Cooray, S., Deb, S., Murphy, D., Hare, M., Meade, M., Reece, B., Kramo, K., Bhaumik, S., Harley, D., Regan, A., Thomas, D., Rao, B., North, B., Eliahoo, J., Karatela, S., ... Crawford, M. (2008). Risperidone,

haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 371(9606), 57–63. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60072-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60072-0)