

# Trastornos depresivos y ansiosos en población con discapacidad intelectual

María Carmenza Escamilla-Soto<sup>1</sup> , Alejandra Montoya-Rojas<sup>1</sup> ,  
Claudia Quintero-Cadavid<sup>1</sup> , Jenny García-Valencia<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Psiquiatra, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Psiquiatra Epidemióloga, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

## INFORMACIÓN ARTÍCULO

### Palabras clave

Ansiedad;  
Depresión;  
Discapacidad Intelectual;  
Psicoterapia;  
Tratamiento Farmacológico

**Recibido:** julio 25 de 2022

**Aceptado:** septiembre 8 de 2023

### Correspondencia:

Claudia Quintero-Cadavid;  
claudia.quinteroc@udea.edu.co

**Cómo citar:** Escamilla-Soto MC, Montoya-Rojas A, Quintero-Cadavid C, García-Valencia J. Trastornos depresivos y ansiosos en población con discapacidad intelectual. *Iatreia* [Internet]. 2024 Oct-Dic;37(4):483-494. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.269>



Copyright: © 2024  
Universidad de Antioquia.

## RESUMEN

La discapacidad intelectual (DI) comprende las limitaciones de las funciones intelectuales y adaptativas que permiten el desarrollo social, familiar y laboral de un individuo; en Latinoamérica se estima que la prevalencia es cuatro veces mayor que en el resto del mundo, con cifras que van del 4% al 16%. En este artículo se hizo una revisión de la literatura acerca de la prevalencia, el comportamiento, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión en personas con DI, teniendo en cuenta las consecuencias psicosociales y en salud global que estas acarrearán. En esta población es de suma importancia el conocimiento de la diversidad en las manifestaciones de los trastornos mentales, ya que su presentación podría variar con relación a la población general. Por esto, contamos con escalas y entrevistas clínicas que junto con el juicio clínico orientarán el manejo médico. Los tratamientos dirigidos a pacientes con DI y trastornos ansiosos o depresivos no difieren de los recomendados en población general, puesto que el uso de medicamentos estará dirigido a tratar la comorbilidad existente sin impacto en el coeficiente intelectual o la funcionalidad diaria, sin embargo, faltan estudios específicos en este grupo poblacional.

# Depressive and Anxiety Disorders in Populations with Intellectual Disabilities

María Carmenza Escamilla-Soto<sup>1</sup> , Alejandra Montoya-Rojas<sup>1</sup> ,  
Claudia Quintero-Cadavid<sup>1</sup> , Jenny García-Valencia<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Psychiatrist. Department of Psychiatry. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Psychiatrist and Epidemiologist. Department of Psychiatry. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

## ARTICLE INFORMATION

### Keywords

Anxiety;  
Depression;  
Intellectual Disability;  
Psychotherapy;  
Treatment

**Received:** July 12, 2022

**Accepted:** September 8, 2023

### Correspondence:

Claudia Quintero-Cadavid;  
claudia.quintero@udea.edu.co

**How to cite:** Escamilla-Soto MC, Montoya-Rojas A, Quintero-Cadavid C, García-Valencia J. Depressive and Anxiety Disorders in Populations with Intellectual Disabilities. *Iatreia* [Internet]. 2024 Oct-Dec;37(4):483-494 <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.269>



Copyright: © 2024  
Universidad de Antioquia.

## ABSTRACT

Intellectual disability (ID) encompasses limitations in intellectual and adaptive functions that facilitate an individual's social, familial and occupational development. In Latin America, it is estimated that the prevalence is four times higher than the rest of the world, with values ranging from 4% to 16%. This article presents a literature review on the prevalence, behavior, diagnosis and treatment of anxiety and depression disorders in individuals with ID, considering the psychosocial consequences and overall health implications they entail. In this population, it is crucial to understand the diversity in the manifestations of mental disorders, as their presentation may vary compared to the general population. For this reason, we use scales and clinical interviews that, along with clinical judgement, will guide medical management. Treatments aimed at patients with ID and comorbid anxious or depressive disorders do not differ from those recommended for the general population, as the use of medications is directed at treating existing comorbidity without impacting the intellectual quotient or daily functionality. However, there is a lack of specific studies in this population group.

## INTRODUCCIÓN

La discapacidad intelectual (DI) es definida por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD, por sus siglas en inglés) como el conjunto de «limitaciones significativas tanto en las funciones intelectuales (razonamiento, aprendizaje y resolución de problemas) como en los comportamientos adaptativos (dominio conceptual, social y práctico), que aparece antes de los 18 años» (1). La prevalencia mundial actual es de entre el 1% y el 4% según la región estudiada, sin embargo, el número de afectados en países en vías de desarrollo podría estar subestimado. Se propone que para Latinoamérica es cuatro veces mayor, posiblemente en razón de factores que favorecerían la aparición de dicha entidad: complicaciones perinatales, pobreza, desnutrición, intoxicación por plomo e infecciones del sistema nervioso central (2).

Se postula que los trastornos depresivos y ansiosos se presentan frecuentemente en población con DI (3-4). Las tasas de trastornos mentales en personas con DI son tres a cuatro veces mayores (1,3-4), con el consecuente deterioro asociado y los problemas comórbidos de salud (5), además de las dificultades familiares y sociales, el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros (6). Un estudio evaluó los síntomas de estos trastornos en 64 estudiantes con DI leve de una escuela vocacional durante el confinamiento por COVID-19 y encontró que las restricciones en la socialización aumentaron los síntomas ansiosos en las mujeres y la presencia de problemas económicos familiares o inicio de enfermedades crónicas en ambos sexos (7). El diagnóstico de trastornos mentales en pacientes con DI supone un verdadero reto clínico, pues en este grupo la expresión de la psicopatología difiere de la observada en población general (4,6). En este artículo se revisó la literatura sobre los trastornos depresivos y ansiosos en personas con DI.

## METODOLOGÍA

Se utilizaron las palabras clave *discapacidad intelectual*, *trastornos depresivos*, *trastornos ansiosos*, *tratamiento* y sus respectivas traducciones al inglés en las bases de datos PubMed y Google Scholar, con las siguientes estrategias de búsqueda: (“intellectual disability”[Title/Abstract]) AND (“depressive disorder”[Title/Abstract]) OR (“anxiety disorder”[Title/Abstract]), además de estrategias adicionales: (“intellectual disability”[Title/Abstract]) AND (“depressive disorder”[Title/Abstract]) AND (“treatment”[Title/Abstract]) AND (“intellectual disability”[Title/Abstract]) AND (“anxiety disorder”[Title/Abstract]) AND (“treatment”[Title/Abstract]) OR (“intellectual disability”[Title/Abstract]). Se seleccionaron artículos en español e inglés, y no se especificó el tipo de estudio; así se obtuvieron 60 artículos al delimitar un margen temporal de 2008 a 2023 (junio). Los resúmenes de cada hallazgo bibliográfico fueron leídos por las autoras con el fin de seleccionar aquellos con información detallada y pertinente para el tema de este artículo de revisión, para poder descartar aquellos que correspondieran a *deterioro cognitivo adquirido*. Adicionalmente, se incluyeron 10 libros o capítulos de libros conocidos por las autoras como material con la pertinencia temática requerida.

## Trastornos depresivos y ansiosos en el contexto de la discapacidad intelectual

### Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo triste acompañado de cambios en los sistemas neurovegetativos y cogniciones (ideas de minusvalía, culpa, desesperanza, entre otras) (8), los cuales se pueden presentar o no con psicosis asociada. Han sido considerados como el cuarto problema de salud mental en el mundo y el más incapacitante de los trastornos mentales, con mayores costos económicos y de sufrimiento personal asociados (6,9).

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su undécima edición (CIE 11) cataloga los trastornos depresivos desde el trastorno depresivo con episodio único, hasta lo que se ha llamado “presentaciones sintomáticas y temporales para episodios de ánimo en trastornos del estado de ánimo” como la forma recurrente, la distimia y la forma mixta que se acompaña de ansiedad, entre otros (10). Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Quinta Edición (DSM-5, por sus siglas en inglés), añade los especificadores de remisión (11).

En personas con DI se ha descrito la depresión como causante de aislamiento y mayor irritabilidad, lo que al parecer hace que entornos previamente tolerados sean incómodos para el sujeto (1,12). Los pacientes con DI pueden tener menos síntomas de los necesarios para cumplir los criterios de un episodio depresivo y se pueden observar ausencia de sonrisa, presencia de llanto, aplanamiento afectivo o tristeza; la anhedonia puede manifestarse como aislamiento de actividades que se practicaban, dificultad en la motivación y rechazo o agresión cuando se le pide participar en actividades que antes disfrutaba. Es fundamental hacer una descripción de la cotidianidad y funcionalidad previa (13).

La depresión en un paciente con formas muy básicas de comunicación obliga a considerar síntomas clínicos objetivos como inhibición psicomotora, disminución del apetito y del peso o alteraciones en el sueño, por lo que algunos proponen que las escalas de diagnóstico de depresión en DI deberían cubrir los dominios de afecto, alteraciones cognitivas, psicomotoras y somáticas (2,14-15). Una revisión sistemática reciente sobre los comportamientos asociados a depresión en personas con DI severa a profunda concluyó que los correlatos comportamentales más frecuentes fueron agresión, autolesión, pataletas, gritos y comportamientos disruptivos (16). En cuanto a la epidemiología, se propone que las mujeres tienen un riesgo mayor de presentar dichos episodios (Riesgo Relativo [RR]: 1,47; Intervalos de Confianza del 95% (IC 95%) de 1,19 – 1,82) y de episodios depresivos recurrentes (RR: 1,53; IC 95%: 1,06 – 2,22), para describir que el mayor riesgo se encuentra en los primeros años de la adolescencia y en los años posteriores a la menopausia (17-18).

Entre los pacientes de mayor edad, un estudio multicéntrico de corte transversal de 990 pacientes mayores de 50 años con DI encontró una prevalencia de síntomas depresivos del 16,8% (IC 95%: 14,4 – 19,1) más asociado a mayor edad, y el episodio depresivo mayor tuvo una prevalencia del 7,6% (IC 95%: 5,2 – 11,0) (6); ambos con cifras más altas que las reportadas en pacientes de la misma edad pero sin DI (19). En esta población otros estudios han encontrado como factor de riesgo la presencia de condiciones de salud crónicas y sus complicaciones (17). La información sobre las tasas de suicidio en población con DI es escasa, pero parecen ser más bajas que en la población general (20-21), posiblemente porque requiere capacidad de autodeterminación, así como la voluntad y la habilidad de completar el acto y la comprensión del concepto de muerte (22).

### Trastornos de ansiedad

La ansiedad es una emoción universal y normal, una respuesta necesaria y adaptativa del organismo a situaciones estresantes (23); sin embargo, cuando es excesiva frente al evento que la motiva, intensa, sostenida en el tiempo y perturbadora de la funcionalidad se denomina ansiedad patológica (24). Los trastornos de ansiedad se caracterizan por ansiedad patológica asociada a alteraciones en las siguientes esferas (24):

- Físicas: tensión muscular, mareos, palpitations, diaforesis, opresión torácica y temblores, entre otros.
- Cognitivas: miedo, ideas catastróficas, preocupaciones excesivas.
- Conductuales: acciones tendientes a disminuir o controlar la amenaza que se percibe, las llamadas situaciones de “evitación, huida y búsqueda de seguridad”.

Los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia a lo largo de la vida en población general de hasta 31%, mayor en mujeres y en aquellas personas con síndromes genéticos específicos como síndrome de Down y de Williams (25), y con riesgo aumentado de comorbilidad con trastornos depresivos (5). Los costos para los sistemas de salud son altos, estimados en un tercio del monto total destinado para atención de trastornos mentales (24), además del impacto por ser una causa frecuente de ausencia laboral y disminución de productividad en el trabajo (5). Estos pacientes tienen una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares y gastrointestinales, artritis, cefaleas, alergias, alteraciones tiroideas y respiratorias, en comparación con aquellos que no presentan síntomas ansiosos (5,17).

El DSM-5 clasifica las diferentes enfermedades que tienen como núcleo psicopatológico la ansiedad, así, a tal grupo pertenecen: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, ansiedad social, fobias específicas y trastorno de ansiedad por separación (26). No obstante, se encuentran, principalmente, reportes de caso sobre la presentación de cada uno de estos trastornos en personas con discapacidad intelectual, por lo que se hace necesario considerar la ansiedad como un espectro y tener en cuenta el desarrollo cognitivo de cada individuo (27).

Los trastornos de ansiedad son frecuentes en las personas con DI; se estima que la prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes menores de 50 años con DI es de 2,8% a 5,7%, que incrementa en personas mayores hasta tasas de alrededor de 14,9% a 18,5% (6). Dadas las dificultades que experimentan para verbalizar cogniciones ansiosas, los signos y síntomas pueden dar cuenta del trastorno padecido, y al ser cuantificables (por ejemplo, presión arterial o frecuencia cardíaca) se convierten en una herramienta diagnóstica útil (1) aunque pueda resultar engorrosa.

Un estudio holandés que usó la Escala de depresión, ansiedad y estado de ánimo (ADAMS, por sus siglas en inglés) y la Escala de Glasgow para ansiedad (GAS-ID, por sus siglas en inglés) como tamizaje de trastornos de ansiedad en personas con DI, encontró una prevalencia de 4,4% en personas mayores de 50 años, con una caracterización para cada trastorno: 0,5% para trastorno de ansiedad generalizada, 3,3% para fobia específica y 1,8% para trastorno de pánico. Resaltan que no se encontraron diferencias significativas al hacer el análisis discriminando por edad, género, nivel de DI o diagnóstico de Síndrome de Down (6). Otro estudio longitudinal reciente que aplicó la misma escala a personas con DI moderada entre 50 y 65 años encontró que el insomnio de conciliación, el despertar temprano y el sentimiento de soledad se relacionaba con la presencia de ansiedad (15).

## Diagnóstico

### La importancia de la patoplasticidad en la psicopatología del paciente con DI

Al abordar trastornos depresivos y de ansiedad en población con DI cabe resaltar la variación psicopatológica que esta presenta. Por ejemplo, para el caso de los trastornos de ansiedad, no es infrecuente observar conductas autoagresivas; y para los trastornos depresivos, la presencia de conductas regresivas; conductas que no corresponderían al cuadro de presentación típico de dichas enfermedades (28-29). Es precisamente esta patoplastia o los correlatos comportamentales lo que hace que el estudio y diagnóstico de enfermedad mental en pacientes con DI se convierta en un reto clínico (16).

Las personas con DI han reportado en estudios mayores tasas de abuso, negligencia, desventaja social, circunstancias familiares retadoras, estigma y rechazo: menos del 10% de los niños y adolescentes con patología mental grave y DI reciben atención por parte de médicos especialistas (30). En relación a lo anterior, se restringe entonces el ingreso a grupos educativos o deportivos, los pacientes se aíslan de oportunidades de socialización, y se disminuye, de manera significativa, su ingreso al mercado laboral (29). Dado lo anterior, el correcto abordaje de la psicopatología en

pacientes con DI demanda un esfuerzo adicional en el planteamiento del diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico.

### Escalas y entrevistas clínicas como herramientas diagnósticas

Distintas escalas se han desarrollado para la evaluación de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con DI y posible psicopatología comórbida (31). El diagnóstico de la enfermedad mental en general es eminentemente clínico, pero es posible valerse de estas escalas para ayudar al enfoque (32). Entre ellas tenemos:

1. El Instrumento de Psicopatología para Adultos con Retraso Mental (PIMRA, por sus siglas en inglés): cuenta con una versión de autoinforme (PIMRA-SR) y una versión informativa (PIMRA-I) que evalúan la psicopatología en función de los criterios del DSM-III. Ambas tienen 56 ítems distribuidos en siete subescalas, una de estas es la de trastornos afectivos (31).
2. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión adaptada para uso con personas con DI (HADS, por sus siglas en inglés): se trata de un instrumento de autoinforme de 14 ítems, con siete que miden depresión y siete que miden ansiedad; está diseñada inicialmente para el tamizaje de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes hospitalizados (33). Esta escala está validada en Colombia pero no en personas con DI (34).
3. La evaluación de Diagnóstico para Personas con Discapacidad Severa-II (DASH-II, por sus siglas en inglés): evalúa síntomas conductuales y psiquiátricos en personas con DI grave o profunda. Se compone de 84 ítems, 15 de ellos para evaluar depresión (35).
4. El Programa de Evaluación Psiquiátrica para Adultos con Lista de Verificación para DI (PAS-ADD Checklist, por sus siglas en inglés): prueba de detección amplia para abordar problemas de salud mental con un total de 25 ítems y una subescala afectiva; está validada en español (36).
5. Escalas como las de Glasgow para Ansiedad y Depresión en Personas con DI (GAS-ID y GDS-LD, respectivamente, por sus siglas en inglés): GAS – ID es un cuestionario que aborda tanto elementos cognitivos como fisiológicos de los trastornos de ansiedad (37): son 27 ítems —con una puntuación máxima total de 54— que discriminan personas ansiosas de no ansiosas. Por su parte, la GDS-LD cuenta con versiones complementarias individuales y de los cuidadores (GDS-CS) y parece ser la más prometedora en el tamizaje de depresión en población con DI dadas sus propiedades psicométricas (38). La GDS-LD está validada en Colombia y mostró adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach: 0,85; IC 95%: 0,81 - 0,89) y una aceptable reproducibilidad test-retest (Coeficiente de correlación intraclass: 0,56; IC 95%: 0,34 - 0,72). Se demostró validez de constructo convergente por una correlación alta con la HADS ( $r = 0,6$ ) y validez de constructo discriminativa por una diferencia significativa de medianas en puntajes entre pacientes con y sin episodio depresivo (23 vs. 18;  $p = 0,0001$ ). Con un punto de corte de 18, la sensibilidad fue de 95 % (IC 5%: 75,1 - 99,9) y la especificidad de 43% (IC 95%: 33,1 - 53,3) (39).

### Tratamiento

Así como en población general, el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con DI se fundamenta en dos ejes centrales: manejo farmacológico y psicoterapia (1,32), y la intervención multimodal es la más efectiva. Es de resaltar el papel preponderante que constituye el apoyo por parte del cuidador, así como su psicoeducación y del entorno social y familiar del paciente. Es preciso mencionar que el uso de medicamentos no está encaminado al mejoramiento de las

habilidades cognitivas o de funcionamiento social, sino que apunta a la sintomatología específica del trastorno identificado (40).

Aunque la literatura reporta un frecuente uso de psicotrópicos en personas con DI (18% - 49%), es poco lo que se conoce acerca de posibles efectos secundarios específicos en esta población (2); sin embargo, han sido tradicionalmente considerados un grupo "sensible" frente a los mismos, sin reducir con eso la efectividad de la respuesta (41). Adicionalmente, los psicofármacos se han empleado como tratamiento de otro tipo de sintomatología: irritabilidad, problemas de conducta y autolesionismo (2), por lo que no son de uso exclusivo en los trastornos de depresión y ansiedad.

Actualmente no contamos con guías de manejo específicas de pacientes con DI, por lo que se han seguido las mismas recomendaciones que para la población general (5,36,43). De esta manera tenemos que, como primera línea, en nuestro medio contamos con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Ejemplo de este grupo farmacológico son la fluoxetina, la sertralina y el escitalopram, medicamentos que deben ser iniciados a bajas dosis y que se van titulando hasta obtener remisión de síntomas de acuerdo con las dosis máximas descritas. Otros antidepresivos de más reciente comercialización también son de utilidad en el arsenal terapéutico pero con menos frecuencia de uso, como lo son: agomelatina, bupropion, fluvoxamina, mirtazapina, pregabalina, venlafaxina y vortioxetina (45). Respecto a la duración del tratamiento, estará acorde a los lineamientos generales, entre 9 - 12 meses para un primer episodio, 2 - 5 años en segundos episodios y podría prolongarse de manera indefinida según indicación médica cuando se presentan tres episodios o más (50-51); lo anterior apoyado en que según el número de episodios el riesgo de recaída aumenta progresivamente (5,45).

Como segunda línea, sólo tras la falla terapéutica de las opciones anteriormente mencionadas podemos contar con medicamentos como amitriptilina, clomipramina y otros antidepresivos tricíclicos, quetiapina y trazodona, además de fármacos de soporte, como el propranolol, y los antihistamínicos, como la hidroxicina en algunas ocasiones (40,45). Las benzodiacepinas pueden causar reacción paradójica en personas con discapacidad intelectual, por lo que deben usarse con precaución, sin embargo, son útiles en el manejo agudo de la ansiedad en los servicios de urgencia (52).

No se debe desestimar la posibilidad de la terapia electroconvulsiva bajo anestesia y relajación (TECAR) como segunda línea de manejo cuando haya resistencia al menos a un fármaco de uso previo (53), pues ha mostrado gran eficacia y seguridad en los episodios depresivos severos, principalmente cuando se acompañan de alteración motora marcada o de síntomas psicóticos (47,54). Si bien no hay estudios específicos en población con DI, se sabe que hay bajo riesgo de empeoramiento del compromiso cognitivo posterior al tratamiento con TECAR (55); al tener en cuenta que solo las formas graves de la enfermedad acceden a este procedimiento, parece justificarse su uso por el gran compromiso en el funcionamiento adaptativo y de la conducta ya descritos (54). Igualmente, ante la presencia de síntomas de orden psicótico (alucinaciones, delirios, comportamiento desorganizado o trastornos formales del pensamiento) es preciso el uso de medicamentos antipsicóticos (41) según criterio médico.

Otros tratamientos disponibles para los casos que se definan resistentes al tratamiento son (47): Estimulación Transcraneal de Corriente Continua (ETCC), Estimulación Magnética Transcraneal Repetitiva (EMTR), Terapia de Ataque Magnético (TAM), Estimulación del Nervio Vago (ENV), y Estimulación Cerebral Profunda (ECP).

La mayoría de estos tratamientos de neuroestimulación han sido investigados en pacientes con diferentes grados de resistencia al tratamiento médico, con eficacia, tolerabilidad y sobre todo seguridad. La EMTR es una recomendación de primera línea para pacientes con trastorno depresivo mayor en quienes ha fallado al menos un antidepresivo, en segunda línea se considerará la TECAR y las recomendaciones de tercera línea incluyen la ETCC y la ENV. Sin embargo, la TAM y la ECP todavía

requieren más investigación para su estandarización en el uso como estrategias antidepresivas (47). Se debe aclarar que las recomendaciones antes mencionadas han sido elaboradas en pacientes de la población general y no es claro si para el caso de los pacientes con DI estas intervenciones presentan diferencias en cuanto a respuesta, efectividad, eficacia y mantenimiento del resultado.

Por otro lado, en lo correspondiente al manejo con psicoterapias, los modelos más efectivos hasta ahora para los trastornos de ansiedad son los cognitivo conductuales y la terapia de familia (40). En la actualidad contamos con estudios clínicos que muestran que los programas de intervención producen mejoría en los niveles de depresión, sentimientos positivos sobre sí mismos y niveles más bajos de pensamientos negativos automáticos, cuya mejora persiste al menos por 3 meses (32).

En cuanto a la tolerancia y eficacia de las intervenciones basadas en *mindfulness*, ahora se conocen como técnicas útiles en las personas con DI que cursan con trastornos depresivos y ansiosos cuando se modifican para adaptarse a las formas leves y moderadas, y se estructuran según un protocolo claro (56). Este tipo de terapias mejoran la experiencia de depresión, ansiedad, autocompasión y compasión por los demás. El impacto más significativo se ha señalado en reducción de niveles de ansiedad que se mantienen al menos a las 6 semanas de seguimiento (44,56).

De la misma forma contamos con evidencia frente a la terapia cognitivo conductual enfocada y adaptada en dicha población. Al simplificar los contenidos se puede lograr que el paciente con DI leve a moderada logre monitorizar sus síntomas depresivos, ansiosos y la frecuencia de pensamientos de muerte o suicidio (57-58). Es de anotar que los estudios específicos en personas con DI han contado con pocos pacientes y han sido excluidos aquellos sujetos con formas severas o profundas de la enfermedad. Cameron *et al.* (59) publicaron una revisión de la literatura sobre las intervenciones psicológicas en personas jóvenes con DI, pero la calidad de los estudios y la predominancia de reportes de caso no les permitió obtener conclusiones basadas en evidencia al respecto.

Todas las formas de psicoterapia se pueden combinar con la terapia farmacológica para lograr mejores resultados y posiblemente más estables en el tiempo (44), incluso hay bibliografía que soporta la utilidad de la terapia cognitiva de un modelo en línea (asistido por computador) para mejorar el reconocimiento de emociones, pensamientos y comportamientos en personas con DI leve a moderada (60), aunque se requieren más datos dado el número limitado de pacientes incluidos en los estudios (60).

Algunas terapias alternativas se han estudiado aunque no por medio de ensayos clínicos aleatorizados y controlados, y se recomienda, por ejemplo, la terapia de luz y la privación del sueño (en formas estacionales de depresión), el yoga y la acupuntura como tratamientos coadyuvantes de primera o segunda línea (43). Otros tratamientos físicos y productos naturales para la salud tienen menos evidencia (61) y por tanto no se recomiendan en la actualidad. No es infrecuente el desarrollo de un tipo diferente de trastorno de ansiedad o bien la recurrencia del mismo, y en la mayoría de los individuos, los trastornos de ansiedad tienden a persistir durante la edad adulta y requieren una planificación de tratamiento a largo plazo (40).

## CONCLUSIONES

La DI es una enfermedad de alta prevalencia con consecuencias a nivel personal, social y familiar para los individuos que presentan dicho cuadro y que impacta el quehacer del médico psiquiatra, pues modifica la expresión de los trastornos mentales. Dado lo anterior, se hace preciso evaluar de manera atenta la psicopatología de los consultantes con el fin de elaborar un plan de abordaje apropiado de acuerdo con las circunstancias. Para lo anterior se han diseñado múltiples escalas y entrevistas clínicas que han mostrado buenas propiedades psicométricas en beneficio del tratamiento de individuos con DI y psicopatología comórbida. A la luz de la evidencia actual, el manejo



de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con DI no difiere del que se ha establecido para población general, además, el uso de psicoterapias adaptadas a las características cognitivas se perfila como un elemento útil en el abordaje del cuadro clínico.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno por declarar.

## REFERENCIAS

1. Julian JN. Discapacidad intelectual. En: Theodore A, Fava M, editores. Second Edit. Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica. 2da ed. España: Elsevier España, S.L.U; 2021. p. 1-16. Disponible en: <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2020/10/20.-Discapacidad-intelectual.pdf>
2. Márquez-Caraveo ME, Zanabria-Salcedo M, Pérez-Barrón V, Aguirre-García E, Arciniega-Buenrostro L, Galván-García CS. Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. Salud Ment [Internet]. 2011;34(5):443-9. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000500008](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500008)
3. Hartley SL, Lickel AH, MacLean WE. Reassurance seeking and depression in adults with mild intellectual disability. J Intellect Disabil Res [Internet]. 2008;52(11):917-29. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01126.x>
4. Almenara-Barríos J, González-Gordon RG, Novalbos-Ruiz JP, Merello-Martel B, Abellan-Hervás MJ, García-Ortega C, et al. Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 1999;73:383-92. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271999000300007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000300007)
5. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van-Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry [Internet]. 2014;14(Suppl 1):S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
6. Hermans H, Beekman ATF, Evenhuis HM. Prevalence of depression and anxiety in older users of formal Dutch intellectual disability services. J Affect Disord [Internet]. 2013;144(1-2):94-100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.011>
7. Gacek M, Krzywoszanski L. Symptoms of Anxiety and Depression in Students With Developmental Disabilities During COVID-19 Lockdown in Poland. Front Psychiatry [Internet]. 2021;12:6-11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.576867>
8. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 11th ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.
9. Sanz CVJ. Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. In: Sánchez C, editor. Manual de psicopatología de Belloch vol 2. 2nd ed. 2009. p. 233-327.
10. World health association. Depressive disorders (BlockL2-6A7). In: International Classification of Disorders for Mortality and Morbidity Statistics - Mortality and Morbidity Statistics. 2018. p. 32-9. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
11. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Madrid: Médica Panamericana; 2014. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062015000200014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200014)
12. Sikabofori T, Iyer A. Depressive disorders in people with intellectual disabilities. In: Raghavan R, editor. Anxiety and Depression in People with Intellectual Disabilities. 2012. p. 51-74.
13. Gentile JP, Cowan AE, Dixon D. Guide to Intellectual Disabilities. A Clinical Handbook. 2019. Disponible: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-04456-5>
14. Fierro M. Semiología del Psiquismo. 3ra ed. Ed. Kimpres; 2015. 312 p.
15. Bond L, Carroll R, Mulryan N, O'Dwyer M, O'Connell J, Monaghan R, et al. Biopsychosocial factors associated with depression and anxiety in older adults with intellectual disability: results of the wave 3 Intellectual Disability Supplement to The Irish Longitudinal Study on Ageing. J Intellect Disabil Res [Internet]. 2020;64(5):368-80. <https://doi.org/10.1111/jir.12724>

16. Eaton C, Tarver J, Shirazi A, Pearson E, Walker L, Bird M, et al. A systematic review of the behaviours associated with depression in people with severe–profound intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2021;65(3):211–29. <https://doi.org/10.1111/jir.12807>
17. Hsieh K, Scott HM, Murthy S. Associated Risk Factors for Depression and Anxiety in Adults With Intellectual and Developmental Disabilities: Five-Year Follow Up. *Am J Intellect Dev Disabil* [Internet]. 2020;125(1):49–63. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-125.1.49>
18. Axmon A, Sandberg M, Ahlström G. Gender differences in psychiatric diagnoses in older people with intellectual disability: A register study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017;17(1):1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1353-8>
19. Axmon A, Björne P, Nylander L, Ahlström G. Psychiatric diagnoses in older people with intellectual disability in comparison with the general population: A register study. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2018;27(5):479–91. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000051>
20. Ludi E, Ballard ED, Greenbaum R, Pao M, Bridge J, Reynolds W, Horowitz L. Suicide Risk in Youth with Intellectual Disability: The Challenge of Screening. *J Dev Behav Pediatr* [Internet]. 2013;33(5):431–40. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182599295>
21. Dodd P, Doherty A, Guerin S. A systematic review of suicidality in people with intellectual disabilities. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2016;24(3):202–13. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000095>
22. Merrick J, Merrick E, Lunskey Y, Kandel I. A review of suicidality in persons with intellectual disability. *Isr J Psychiatry Relat Sci* [Internet]. 2006;43(4):258–64. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17338445/>
23. Oyeboode F. Sims' symptoms in the mind: Textbook of descriptive psychopathology. 5th ed. Saunders Ltd.; 2015.
24. Calkins AW, Bui E, Taylor CT, Pollack MH, Lebeau RT, Simon NM. Trastornos de ansiedad. Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF, editors. Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica. 5th ed. Elsevier; 2019. 353–366 p.
25. Edwards G, Jones C, Pearson E, Royston R, Oliver C, Tarver J, et al. Prevalence of anxiety symptomatology and diagnosis in syndromic intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2022;138:104719. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104719>
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Médica Panamericana; 2021.
27. Bailey NM, Andrews TM. Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) and the diagnosis of anxiety disorders: A review. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2003;47(1):50–61. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.47.s1.25.x>
28. Benítez-Gort N, Velásquez-Argota J, Castro-Peraza M. Comorbilidad psiquiátrica y epilepsia en niños y adolescentes con discapacidades mentales. *Rev Hosp Psiquiátrico Habana* [Internet]. 2010;26(3):1–8. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252010000300012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000300012)
29. Einfeld SL, Piccinin AM, Mackinnon A, Hofer SM, Taffe J, Gray KM, et al. Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA* [Internet]. 2006;296(16):1981–9. <https://doi.org/10.1001/jama.296.16.1981>
30. Brereton A V, Tonge BJ, Einfeld SL. Psychopathology in children and adolescents with autism compared to young people with intellectual disability. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2006;36(7):863–70. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0125-y>
31. Hermans H, van der Pas FH, Evenhuis HM. Instruments assessing anxiety in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2011;32(3):861–70. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.034>
32. McCabe MP, McGillivray JA, Newton DC. Effectiveness of treatment programmes for depression among adults with mild/moderate intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2006;50(Pt 4):239–47. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00772.x>
33. Dagnan D, Jahoda A, Mcdowell K, Masson J, Banks P, Hare D. The psychometric properties of the hospital anxiety and depressions scale adapted for use with people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2008;52(11):942–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01053.x>
34. Rico JL, Restrepo M, Molina M. Adaptación Y Validación De La Escala Hospitalaria De Ansiedad Y Depresión (HAD) En Una Muestra De Pacientes Con Cáncer Del Instituto Nacional De Cancerología De Colombia. Av

- en Medición [Internet]. 2005;3(1):73–86. Disponible en: [https://www.humanas.unal.edu.co/lab\\_psicometria/application/files/4616/0463/3537/Vol\\_3\\_Articulo\\_4\\_Validacin\\_del\\_HAD\\_73-86\\_2.pdf](https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/4616/0463/3537/Vol_3_Articulo_4_Validacin_del_HAD_73-86_2.pdf)
35. Hermans H, Evenhuis HM. Research in Developmental Disabilities Review article Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2010;31(6):1109–20. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.04.023>
  36. Martorell A, González MC, Gutiérrez P, Rincón F, Núñez-Polo MH. Spanish validation of the PAS-ADD Checklist Questionnaire for people with intellectual disabilities for Spanish population. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2017;61(10):909-915. <https://doi.org/10.1111/jir.12393>
  37. Hermans H, Wieland J, Jelluma N, Van der Pas F, Evenhuis H. Reliability and validity of the Dutch version of the Glasgow Anxiety Scale for people with an Intellectual Disability (GAS-ID). *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2013;57(8):728–36. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01632.x>
  38. Cuthill FM, Espie CA, Cooper S. Development and psychometric properties of the Glasgow Depression Scale for people with a learning disability. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2003;182:347-53. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.4.347>
  39. Escamilla-Soto MC, Montoya-Rojas A, Payares-Álvarez K, Quintero-Cadavid C, Lugo LH, Rivera-Rodríguez Y, et al. Validation of the Glasgow Depression Scale in a Colombian Population with Intellectual Disability. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.11.003>
  40. Patel DR, Feucht C, Brown K, Ramsay J. Pharmacological treatment of anxiety disorders in children and adolescents: A review for practitioners. *Transl Pediatr* [Internet]. 2018;7(1):23-35. Available From: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803020/>
  41. Walker JC, Dosen A, Buitelaar JK, Janzing JGE. Depression in Down Syndrome: A review of the literature. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2011;32(5):1432-40. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.02.010>
  42. Patten SB. Updated CANMAT guidelines for treatment of major depressive disorder. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2016;61(9):504-5. <https://doi.org/10.1177/0706743716660034>
  43. Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh D, Morehouse RL, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2016;61(9):576-87. <https://doi.org/10.1177/0706743716660290>
  44. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 2. Psychological treatments. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2016;61(9):524-39. <https://doi.org/10.1177/0706743716659418>
  45. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2016;61(9):540-60. <https://doi.org/10.1177/0706743716659417>
  46. Lam RW, McIntosh D, Wang J, Enns MW, Kolivakis T, Michalak EE, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 1. Disease burden and principles of care. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2016;61(9):510-23. <https://doi.org/10.1177/0706743716659416>
  47. Milev R V, Giacobbe P, Kennedy SH, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Downar J, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 4. Neurostimulation treatments. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2016;61(9):561–75. <https://doi.org/10.1177/0706743716659416>
  48. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, Jaworska N, Steiner M, Leshout RJV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 6. Special populations: Youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2016;61(9):588–603. <https://doi.org/10.1177/0706743716659276>
  49. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018

- guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* [Internet]. 2018;20(2):97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
50. Timonen M, Liukkonen T. Management of depression in adults. *BMJ* [Internet]. 2008;336(7641):435–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.39478.609097.BE>
  51. Andrews G, Bell C, Boyce P, Gale C, Lampe L, Marwat O, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2018;52(12):1109–72. <https://doi.org/10.1177/0004867418799453>
  52. Servicio Especializado en Salud Mental y Discapacidad Intelectual, Novell R, Palacín A, Casanueva M, Vilà M, Vergés L. Guía sobre el uso de psicofármacos en personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo [Internet]. 2020. Disponible en: [https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/03/guia\\_uso\\_psicofarmacos\\_agitacion\\_covid19\\_actualizacion\\_julio\\_2020.pdf](https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/03/guia_uso_psicofarmacos_agitacion_covid19_actualizacion_julio_2020.pdf)
  53. Payne N, Prudic J. Electroconvulsive therapy Part I: a perspective on the evolution and current practice of ECT. *J Psychiatr Pract* [Internet]. 2009;15(5):346–68. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000361277.65468.ef>
  54. Electroconvulsiva T. Lo que necesita saber sobre la TEC. Folleto para pacientes y sus familiares. Gobierno de Quebec. 2016. <https://www.unidadtec.es/wp-content/uploads/2018/01/Lo-que-necesita-saber-sobre-la-TEC.pdf>
  55. Elias A, Phutane VH, Clarke S, Prudic J. Electroconvulsive therapy in the continuation and maintenance treatment of depression: Systematic review and meta-analyses. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2018;52(5):415–24. <https://doi.org/10.1177/0004867417743343>
  56. Idusohan-Moizer H, Sawicka A, Dendle J, Albany M. Mindfulness-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: An evaluation of the effectiveness of mindfulness in reducing symptoms of depression and anxiety. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2015;59(2):93–104. <https://doi.org/10.1111/jir.12082>
  57. Unwin G, Tsimopoulou I, Kroese BS, Azmi S. Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2016;51–52:60–75. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.12.010>
  58. Lindsay WR, Howells L, Pitcaithly D. Cognitive therapy for depression with individuals with intellectual disabilities. *Br J Med Psychol* [Internet]. 1993;66(2):135–41. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1993.tb01736.x>
  59. Cameron LA, Phillips K, Melvin GA, Hastings RP, Gray KM. Psychological interventions for depression in children and young people with an intellectual disability and/or autism: Systematic review. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2021;218(6):305–14. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.226>
  60. Cooney P, Jackman C, Tunney C, Coyle D, O'Reilly G. Computer-assisted cognitive behavioural therapy: The experiences of adults who have an intellectual disability and anxiety or depression. *J Appl Res Intellect Disabil* [Internet]. 2018;31(6):1032–45. <https://doi.org/10.1111/jar.12459>
  61. Carraro A, Gobbi E. Exercise intervention to reduce depressive symptoms in adults with intellectual disabilities. *Percept Mot Skills* [Internet]. 2014;119(1):1–5. <https://doi.org/10.2466/06.15.PMS.119c17z4>