



Salut Mental i Discapacitat Intel·lectual



Aquest document compleix les recomanacions de nivell A i AA, recollits en les Pautes d'Accessibilitat per al Contingut Web 2.1 WCAG 2.1 d'acord amb normatives europees aplicables als documents a webs dels organismes públics i altres entitats.

Salut Mental i Discapacitat Intel·lectual



Índex

Presentació

- > **Sra. Laura Masferrer 6**
Directora gerent de Granés Fundació
- > **Dra. Carme Mariscot 8**
Psiquiatra de l'Institut d'Assistència Sanitària i vocal de la Junta de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental
- > **Dr. Ramon Novell 10**
Cap del Servei de Discapacitat Intel·lectual de l'Institut d'Assistència Sanitària SESMDI Girona

Ponents 12

Ponències 14

- > **La salut mental en les persones amb Trastorn del Desenvolupament Intel·lectual (TDI): un procés d'atenció integral**
Dr. Ramon Novell Alsina 14
 <https://granesfundacio.org/ponencia1>
- > **El model català d'atenció a les persones amb TDI i trastorn mental i/o de conducta**
Sra. Silvia Ángel Buil 16
 <https://granesfundacio.org/ponencia2>
- > **Salut en persones amb discapacitat intel·lectual, POMONA-ESP**
Dr. Rafael Martínez Leal 18
 <https://granesfundacio.org/ponencia3>
- > **Fenotips cognitius conductuals en persones amb DI**
Dra. Susanna Esteba Castillo 20
 <https://granesfundacio.org/ponencia4>
- > **Catatonía i discapacitat intel·lectual**
Dr. Afonso Fernandes de Abreu 22
 <https://granesfundacio.org/ponencia5>

> **La malaltia mental en el TDI: trastorns
psicòtics i trastorns afectius**

Dr. Ramon Coronas Borri 24

▶ <https://granesfundacio.org/ponencia6>

> **La malaltia mental en el Trastorn
del Desenvolupament Intel·lectual:
conductes repetitives**

Dra. Laura Plans Pujol 26

▶ <https://granesfundacio.org/ponencia7>

Bibliografia **28**

▶ **Vídeo resum de la Jornada - 22'**
<https://granesfundacio.org/resum>

▶ **Vídeo complet de la Jornada - 6h 23'**
<https://granesfundacio.org/jornada>



El 14 de maig de 2021 es va celebrar la primera Jornada de Salut Mental i Discapacitat Intel·lectual, que vàrem organitzar la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental i Granés Fundació.

Es va fer en un format híbrid. Des de la seu de la Fundació Granés, a Banyoles, es van retransmetre les ponències en directe als més de 300 inscrits, que ho van poder seguir *online*.

Aquesta assistència ens esperona i ens referma en la tasca de continuar oferint un espai de trobada i de formació per a professionals de l'àmbit de salut,

el l'àmbit social i també de l'àmbit educatiu, amb en relació a la salut mental i la discapacitat intel·lectual. També ens esperona el fet que fossin persones d'arreu del territori català, de les Illes, València, Andorra, Andalusia i altres llocs de l'estat.

L'objectiu comú de la Societat Catalana de Psiquiatria i de Salut Mental i de Granés Fundació, en l'organització d'aquesta Jornada, és posar a l'abast dels professionals, que donen suport a les persones amb discapacitat intel·lectual, el coneixement i l'expertesa dels les unitats dels SESMDI'S i UHEDI'S d'arreu del territori. Així, es busca millorar aquests suports i també avançar en la diagnosi de la malaltia mental en les persones amb discapacitat intel·lectual.

Els principis fundacionals de Granés Fundació són l'atenció i inclusió de les persones amb discapacitat i la formació i recerca per a joves. L'objectiu és que totes les persones puguin assolir el seu propi projecte de vida.

Des de Granés Fundació –que som una entitat molt jove i que treballem des d'una segona línia–, creiem que és imprescindible treballar conjuntament professionals de diferents àmbits, amb la transversalitat que precisen els suports a les persones amb discapacitat intel·lectual. Això és clau per tal que cadascuna d'elles pugui assolir una vida el màxim d'autònoma possible dins la comunitat. Hem de treballar per a l'assoliment real dels drets inclosos dins la Convenció de Drets de les persones amb discapacitat de les Nacions Unides.

Aquest és el segon volum de la Col·lecció Diàlegs Granés Fundació i una monografia sobre la Jornada que es va celebrar. En ocasió de la presentació i la difusió del mateix, ens ha acompanyat Dincat, a qui agraïm de cor la seva implicació per tal que aquest recurs arribi a les persones amb discapacitat, les seves famílies i les entitats els faciliten els suports. És clau que tots els i les professionals d'àmbits diversos puguin tenir a l'abast aquest recurs.



Sra. Laura Masferrer

Directora gerent de Granés Fundació

Els que ja no treballem en dispositius especialitzats, quan ens referim a les persones amb diversitat funcional, sempre hi passem de puntetes. Ens fa por equivocar-nos, hem canviat la nomenclatura moltes vegades i mai acaba d'agradar-nos la que adoptem.

No es tracta tant de trobar la definició adequada, com de dotar-los de tots els suports necessaris. Així, deixaran de ser

persones excloses i els noms amb què ens referim a elles no seran pejoratius. Molts dels inscrits a la jornada han viscut la millora en l'assistència d'aquestes persones els darrers anys. Per exemple, pel que fa als grans centres de persones amb DI, a les estades en pavellons d'hospitals psiquiàtrics o a ingressos en Unitats d'Aguts. Actualment, la situació es troba en dispositius especialitzats a tot el territori. Estem en moments de canvis importants i de molta incidència en el nostre sector.

Els trastorns mentals, en les persones amb diversitat funcional, segueixen desconeguts per molts professionals sanitaris que els atenen als CAPs, a

Urgències, als jutjats, a la medicina especialitzada, etc. Els professionals es troben amb conductes inexplicables per a ells mateixos, si s'han de basar en tots els coneixements rebuts durant la carrera i el MIR.

La medicina ha unificat les persones en la manifestació de les malalties en general i, especialment, en les mentals, oblidant la diferència de gènere i de diversitat funcional. El desconeixement de les característiques dels trastorns mentals en aquestes persones, genera un rebuig per part dels professionals. Només entenent com es manifesten, com s'expressen, podrem ajudar-los.

L'objectiu de la jornada va ser el de canviar i ajudar a pal·liar aquesta mancança en alguns professionals. Crec que, entre totes i tots, vam posar la base per començar a aconseguir-ho.



Dra. Carme Mariscot

Psiquiatra de l'Institut d'Assistència Sanitària i vocal de la Junta de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental

Durant anys, la possibilitat que les persones amb discapacitat intel·lectual presentessin un trastorn psiquiàtric ha estat menyspreada, tant per professionals com per gestors sanitaris. Se la considerava menys debilitant que la pròpia discapacitat intel·lectual o una conseqüència inevitable d'aquesta.

Podríem dir que el diagnòstic dual dels trastorns mentals i la discapacitat intel·lectual, és a dir, la coexistència d'ambdues patologies, sovint no ha estat reconeguda, quasi sempre infradiagnosticada i, conseqüentment, no tractada.

Els estudis epidemiològics mostren prevalences diferents de trastorns psiquiàtrics en persones amb discapacitat intel·lectual. A l'actualitat, hi ha pocs estudis rigorosos que facin comparacions directes d'incidència i prevalença de malaltia mental entre la població amb i sense discapacitat intel·lectual. Tot i així, les dades epidemiològiques apunten que les persones amb discapacitat intel·lectual pateixen trastorns psiquiàtrics, amb més freqüència, en qualsevol etapa de la vida.

En aquesta línia, les dades de què disposem mostren que fins a un 41% de persones amb discapacitat intel·lectual presenten trastorns psiquiàtrics. Si s'exclouen problemes de conducta, aquest percentatge es redueix al 28%. I, si també s'exclou el trastorn de l'espectre autista, la xifra se situa en un 22,4%. A més, cal tenir en compte que

la prevalença de trastorns psiquiàtrics augmenta com més greu és el nivell de discapacitat intel·lectual.

Actualment, es reconeix el dret de les persones amb discapacitat intel·lectual a rebre les atencions mèdiques apropiades. Aquest fet, juntament amb els principis que emanen de la Declaració de l'ONU sobre els drets de les persones amb discapacitat, ens obliga a millorar les nostres habilitats per a detectar i diagnosticar els possibles trastorns mentals. De fet, la presència de la malaltia mental redueix encara més la capacitat de la persona per a funcionar de forma independent en la comunitat.

La Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental i Granés Fundació vam organitzar aquestes primeres jornades de Salut Mental i Discapacitat Intel·lectual. Hem comptat amb la

participació dels professionals de la Xarxa Especialitzada en Salut Mental per a Persones amb Discapacitat Intel·lectual (SESMDI/ UHEDI) d'arreu del territori català. L'objectiu era oferir un espai de trobada i formació per a professionals –entitats socials, serveis socials bàsics i especialitzats, metges d'atenció primària, especialitzada i hospitalària–. També orientat a la ciutadania en general que, d'una manera o altra, proporciona suports per millorar la qualitat de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual i malalties mentals.



Dr. Ramon Novell

Cap del Servei de Discapacitat Intel·lectual de l'Institut d'Assistència Sanitària SESMDI Girona

Ponents



Dr. Ramon Novell Alsina

Cap de Servei Especialitzat en Salut Mental i Discapacitat Intel·lectual, Institut d'Assistència Sanitària, Girona.



Dra. Susanna Esteba Castillo

Neuropsicòloga al SESM-DI Girona Coordinadora del grup de recerca en Trastorns del Neurodesenvolupament, IdiBGi Girona.



Sra. Silvia Ángel Buil

Coordinadora Serveis d'Atenció en Salut Mental per a persones amb discapacitat intel·lectual a Barcelona i Zona metropolitana Sud. Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona i Sant Boi de Llobregat.



Dr. Afonso Fernandes de Abreu

Psiqüiatra SESM-DI Maresme i Barcelonès Nord, Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.



Dr. Rafael Martínez Leal

Coordinador de Recerca i Formació del Servei de Discapacitat Intel·lectual a la Fundació Villablanca Serveis Assistencials, del SESMDI de Tarragona i Pere Mata.



Dr. Ramon Coronas Borri

Coordinador Servei Especialitzat en persones amb Discapacitat intel·lectual i salut mental, Vallès Occidental, Sabadell.

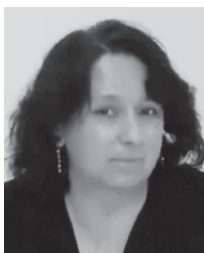


Dra. Laura Plans Pujol

Psiqüiatra SESM-DI Catalunya Central, Fundació Althaia, Manresa.



**Dr. Ramon Novell
Alsina**



**Sra. Silvia Ángel
Buil**



**Dr. Rafael Martínez
Leal**



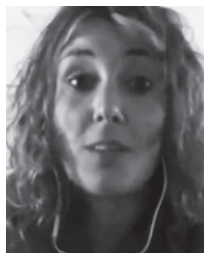
**Dra. Susanna
Esteba Castillo**



**Dr. Afonso
Fernandes de Abreu**



**Dr. Ramon Coronas
Borri**



**Dra. Laura Plans
Pujol**



**Dra. Aida Palacín
Maresma**



Revisió i edició de continguts

Dra. Aida Palacín Maresma

Psiquiatra SESM-DI i UHEDI Institut d'Assistència Sanitària, Girona.
Coordinadora del Grup de Treball de Trastorns del Desenvolupament Intel·lectual de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental.





Ponències



La salut mental en les persones amb Trastorn del Desenvolupament Intel·lectual (TDI): un procés d'atenció integral Dr. Ramon Novell

En països industrialitzats s'estima que la discapacitat intel·lectual afecta més o menys l'1% de la població. Si hi afegim, un percentatge proper al 3% d'aquelles persones que tenen un funcionament intel·lectual límit, estem parlant de gairebé un 4% de la població catalana.

Un 40% de les persones amb TDI tindrà problemes de tipus psiquiàtric al llarg

de la seva vida. Si exclouem l'espectre de l'autisme i trastorns de la conducta, un 22% tindrà problemes de salut mental, i veurem, moltes vegades, que aquests problemes augmenten en la mesura que la discapacitat és més greu. S'estima que un 25% de les persones amb un TDI seran casos d'alta complexitat, pel que requeriran un seguiment a serveis especialitzats com els SESM-DI.

Sovint a través de la conducta s'expressa un trastorn mental, una patologia mèdica (ex: infecció, dolor, epilèpsia) o una problemàtica social/ambiental. Per contra, molt freqüentment, no s'identifiquen aquests causants pel fenomen de l'eclipsament. És a dir, la condició de persona amb discapacitat intel·lectual, amaga la probabilitat que hi hagi al darrere una malaltia mental, una patologia física o un problema social.

Per aquest motiu **és molt important que els professionals de la salut, sobretot els professionals de la salut mental, tinguin dins del seu programa de formació un contacte amb la discapacitat intel·lectual.**

Per a realitzar una bona avaluació, cal que aquesta sigui multidisciplinària i coordinada, tenint en compte:

- > salut física
- > salut mental
- > perfil cognitiu
- > fenotip conductual
- > perfil sensorial
- > anàlisi funcional de la conducta
- > situació social

Molts estudis, entre ells Seneca i Pomona, que avaluen les condicions de salut en persones amb TDI a Catalunya i a l'estat espanyol, assenyalen la manca d'equitat en l'accés al sistema de salut i, especialment, el **sobreús de psicofàrmacs en aquesta població**, que quasi mai es revisa al llarg del temps.

En els darrers anys, les dades han obligat a les administracions del nostre

país a prendre consciència de les necessitats de les persones amb TDI i s'han anat elaborant diversos programes de suport interdepartamentals per tal de poder afavorir la inclusió i la millora de la seva qualitat de vida.

Però cal seguir treballant, cal seguir transformant el model assistencial i residencial, cal que les residències i llars residències no siguin els únics recursos on les persones amb TDI i trastorns de la conducta puguin viure, sinó que aquests puguin anar a viure a la comunitat, en pisos amb suport i on es garanteixi una bona qualitat de vida. Cal implementar el suport conductual positiu, cal tenir plans molt clars, lideratges pràctics, comptar amb professionals que tinguin ganes, il·lusió i experiència per tirar endavant aquests projectes, auditar per tenir evidències que puguin transformar les lleis, que puguin transformar els documents i, sobretot, no rebutjar les persones per la seva condició.

▶ Ponència: vídeo i transcripció escrita
<https://granesfundacio.org/ponencia1>



El model català d'atenció a les persones amb TDI i trastorn mental i/o de conducta

Sra. Silvia Ángel

Per entendre el model català d'atenció a les persones amb TDI i trastorn mental i/o de la conducta cal tenir en compte el marc de treball, on i com treballem i des de quan ho fem.

1. Marc de referència

L'any 2002, es publica un document anomenat "Necessitats en salut mental en persones amb DI", elaborat pel Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental, CatSalut i ICASS. Es proposa la creació de nous recursos especialitzats (SESM-DI, UHEDI) i es planteja la creació, en cada Regió Sanitària, d'un òrgan mixt, el Grup d'Estudi i Derivació (GED).

L'any 2006, el Pla Director de Salut Mental i Addiccions fa esmena directa a la xarxa de la salut mental especialitzada en discapacitat intel·lectual, on consta que s'han d'ampliar els SESM-DI a tot el territori. També s'indica que s'ha de fer una atenció a la població de totes les edats i es proposa un estàndard d'equip multidisciplinari compost per psiquiatria, psicologia, infermeria, treball social i personal administratiu.

L'any 2020-2021, el Pla Director de Salut Mental i Addiccions crea el Programa d'Abordatge Integral dels Casos de Salut Mental d'Elevada Complexitat (PAIcSaMAEC), on un dels perfils inclosos és el de les Persones amb Discapacitat Intel·lectual, trastorn de salut mental i addiccions i trastorns de conducta. Quan s'afegeixen a aquests perfils poblacionals complexes altres condicions adverses de la persona, de l'entorn i dels recursos, el cas esdevé d'alta complexitat i són prioritzats dins del sistema.

2. La xarxa especialitzada en DI-SM

2.1. SESM-DI

És el servei comunitari i ambulatori que té les funcions de diagnosticar, avaluar, prevenir i tractar a les persones amb discapacitat intel·lectual i trastorn mental o trastorn de la conducta.

Les persones adultes amb discapacitat intel·lectual i trastorn mental o trastorn de conducta poden ser ateses als SESM-DI.

2.2. UHEDI

És la unitat d'ingrés hospitalari per a persones adultes amb discapacitat intel·lectual i trastorn mental o de la conducta. Està orientada a l'atenció integral de processos greus, altament disruptius, que precisen un context hospitalari amb el màxim nivell de suport. El seus objectius són: realitzar una adequada avaluació integral, proporcionar el tractament psiquiàtric i psicològic necessari per tal de millorar els símptomes i estabilitzar el trastorn, prevenir i reduir les conductes problema, abordar la conflictiva emocional i assegurar una bona qualitat de vida i millora de les habilitats.

3. Grup d'estudi i derivació (GED)

Grup territorial constituït per professionals del Departament de Salut, del Departament Drets Socials (CAD i serveis territorials), de SESM-DI i UHEDI, així com de les residències per a persones amb suport extens i trastorn de conducta.

Les funcions del GED són:

- > estudi de les necessitats i seguiment de les persones amb TDI i trastorn mental o de la conducta del territori
- > centralitzar demandes, gestionar llistes d'espera i decidir casos a derivar a altres recursos
- > comunicació entre professionals, administracions i serveis

▶ Ponència: vídeo i transcripció escrita
<https://granesfundacio.org/ponencia2>



Salut en persones amb discapacitat intel·lectual, POMONA-ESP

Dr. Rafael Martínez Leal

L'estudi POMONA tenia com a objectiu valorar l'estat de salut general, física i mental de les persones amb discapacitat intel·lectual a tot el territori espanyol. Per a fer-ho, es van incloure 953 persones, homes i dones de totes les províncies d'Espanya, aleatoritzades i estratificades per lloc de residència, sexe, nivell de discapacitat i edat.

Els resultats que vam obtenir van ser que l'edat, el nivell de discapacitat intel·lectual, el sexe i el lloc de residència actuaven com a factors de risc. **Com més edat i més nivell de discapacitat intel·lectual, el fet de ser dona i de viure en un entorn institucionalitzat**

suposaven un risc a l'hora de presentar un pitjor estat de salut.

Els problemes de salut amb major prevalença eren l'epilèpsia, el restrenyiment, els problemes dentals i l'obesitat.

Pel que fa a la salut mental, els percentatges també eren molt alts, situant-se per sobre del 30%, essent l'autisme, els trastorns de conducta i la psicosi els problemes de salut mental més freqüents.

Una altra troballa important de l'estudi és que hi havia sobremedicació en aquesta població. **La mitjana de medicaments per persona era de 4,25 medicaments i gairebé el 20% de les persones que es mediquen prenen set o més fàrmacs diferents.**

El 84% de la mostra prenia medicació regular diària i d'aquesta, el 86% eren psicofàrmacs. A més, el 16% de la mostra estava prenent algun tipus de fàrmac psiquiàtric sense la supervisió d'un professional de la salut mental

durant l'últim any; i gairebé el 22% prenia tractament psiquiàtric sense que hi hagués un diagnòstic de trastorn mental associat.

Tot i que sabem que els TDI i el TEA tenen un fort component genètic, menys d'un terç de la mostra tenia un estudi genètic realitzat.

Amb això, creiem que és important que es realitzi un seguiment en la salut de les persones amb TDI. Sobretot, quan aquestes persones comencen a fer-se grans i més encara si aquestes persones presenten nivells de discapacitat amb majors necessitats de suport.

També creiem que s'haurien d'incloure indicacions clíniques quan es recepta medicació i justificar la durada del tractament. S'hauria de controlar periòdicament que aquesta medicació estigui fent efecte i no s'estiguin presentant problemes d'efectes adversos.

I creiem que també és important, i en això hi col·laboren jornades com la que estem fent, que els professionals

estiguin formats i que rebin formació específica en discapacitat intel·lectual. I que així, entre tots, puguem desenvolupar pautes de bones pràctiques per tractar amb aquest conjunt de població.

▶ Ponència: vídeo i transcripció escrita
<https://granesfundacio.org/ponencia3>



Fenotips cognitius conductuals en persones amb DI

Dra. Susanna Esteba-Castillo

Per poder avaluar integralment a la persona, cal seguir amb el model bio-psico-social. Els fenotips entren dins la part "bio", pel que fa a les causes etiològiques de la DI, i dins la part "psico", pel que fa a la cognició i a la conducta.

Quan parlem d'un fenotip, estem fent referència a un patró de característiques físiques, cognitives, lingüístiques i socials que s'associen a un trastorn biològic, sense desestimar la importància ambiental en el desenvolupament del fenotip de la persona.

El fenotip conductual i psiquiàtric és quelcom evolutiu. Per exemple, les persones amb Síndrome de Prader Willi,

durant els dos primers anys, solen ser molt afectuoses, amb poca activitat (relacionada amb la hipotonia de base). Posteriorment, a la primera infantesa, apareixen les inicials alteracions conductuals relacionades amb la hiperfàgia (robatoris, rebequeries). Aquestes s'accentuen durant l'adolescència i l'edat adulta, moments en els quals incrementa la possibilitat de debut de malaltia mental (diferent en funció de la causa etiològica de la síndrome).

No totes les persones amb discapacitat intel·lectual tenen el mateix funcionament cognitiu. Una persona amb síndrome de Down té un funcionament cognitiu molt diferent al d'una persona amb Prader-Willi o al d'una altra amb Cornelia de Lange. Conèixer el funcionament cognitiu de l'individu ens permetrà realitzar una bona intervenció (ja sigui des d'adaptacions curriculars, en els més joves; enfocant de la millor manera els programes d'inserció laboral; fins a plantejar actuacions més acurades, basades en les fortaleeses i debilitats

cognitives, si es tracta de persones amb conductes reptes).

Sabem que hi ha determinades síndromes que solen relacionar-se, no només amb certes comorbiditats físiques a les que cal estar amatents, sinó també amb la presència de determinades malalties mentals.

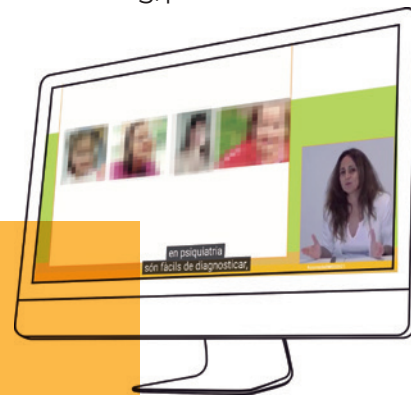
- > Esclerosi tuberosa: en DI sempre hi haurà una triada, que és la presència de la pròpia DI, una epilèpsia fàrmaco-resistent i la presència d'hamartomes (tumoracions). Aquestes es manifesten tant a nivell de sistema nerviós central com perifèric. A nivell de malaltia mental, podem trobar la presència de trastorns psicòtics i un deteriorament cognitiu de característiques vasculars.
- > Síndrome de Down: la cardiopatia, les alteracions funcions tiroïdals, el síndrome d'apnea obstructiva del son, etc. Són patologies ja ben conegudes en les persones amb SD. A nivell psicopatològic, la major prevalença es dona en trastorns de l'estat d'ànim (especialment quadres depressius) o TEOC (trastorn de l'espectre obsessiu-

compulsiu); però també quadres regressius (bé sigui a l'adolescència, amb manifestacions d'esquizofrènia de característiques negatives/regressives, o bé a partir dels quaranta anys, amb la manifestació d'una demència tipus Alzheimer).

Conèixer el fenotip de la persona ens ajuda a encaminar les hipòtesis diagnòstiques i terapèutiques i ens permet realitzar intervencions preventives, així com detectar processos inherents a la seva condició en fases inicials.

La Síndrome X Fràgil és la primera causa d'origen genètic hereditari de discapacitat intel·lectual. Molt sovint, darrere d'un diagnòstic de TEA en homes adults sense diagnòstic genètic, hi ha una síndrome X Fràgil no detectada.

▶ Ponència: vídeo i transcripció escrita
<https://granefundacio.org/ponencia4>



Catatonía i discapacitat intel·lectual

Dr. Afonso Fernandes de Abreu

La catatonía és un complex sindròmic psicomotor caracteritzat per diverses alteracions conductuals, emocionals i autonòmiques, causades per un ampli espectre d'alteracions mèdiques, neurològiques, psiquiàtriques i de substàncies d'abús. No es considera una malaltia per se, sinó un conjunt de signes i símptomes que poden ser comuns en diverses patologies mèdiques i/o psiquiàtriques.

Les manifestacions clíniques de la catatonía inclouen: estupor, manteniment de postures antigravitatòries, flexibilitat cèria, catalèpsia, mutisme, negativisme, adopció de postures peculiars,

ecolàlies, ecopràxies, agitació psicomotriu, mirada fixa, entre d'altres.

Quan la catatonía cursa amb símptomes autonòmics (taquicàrdia, hipertensió, hipotensió, febre, etc.), es considera una entitat greu, una urgència mèdica que cal tractar amb rapidesa.

Les causes psiquiàtriques que més freqüentment cursen amb catatonía són el trastorn bipolar, el trastorn depressiu major i l'esquizofrènia. El trastorn de l'espectre de l'autisme també pot cursar amb catatonía.

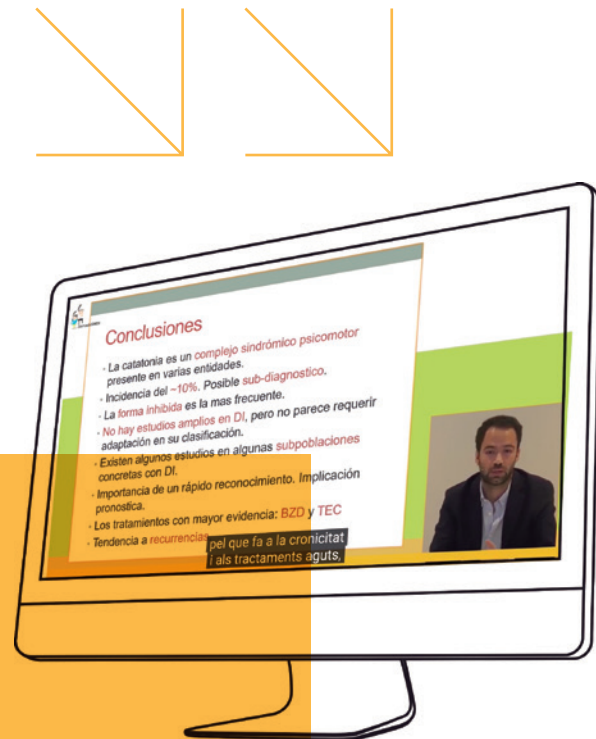
Cal fer un diagnòstic diferencial a través d'una bona anamnesi i diverses proves complementàries, per tal de descartar altres entitats que puguin compartir signes i símptomes amb la catatonía (per exemple, la síndrome neurolèptica maligna, lupus eritematós sistèmic, encefalitis anti-NMDA, etc.).

Es disposa d'escassa literatura científica on es descriguin les peculiaritats de la catatonía en persones amb discapacitat

intel·lectual. Pel que fa als fenotips conductuals, és sabut que la Síndrome de Down, la Síndrome Velo-Cardio-Facial i la Síndrome de Prader Willi (la disomia uniparental materna) tenen més predisposició a desenvolupar catatonia que altres síndromes genètiques.

El tractament de la catatonia són les benzodiazepines (lorazepam, principalment) i la teràpia electroconvulsiva (TEC). La TEC s'aplicarà en aquells casos de catatonia no greu que no responen a benzodiazepines o bé en aquells casos amb catatonia greu en què hi hagi risc vital associat.

▶ Ponència: vídeo i transcripció escrita
<https://granesfundacio.org/ponencia5>



La malaltia mental en el TDI: trastorns psicòtics i trastorns afectius

Dr. Ramon Coronas

Trastorns psicòtics

Tradicionalment, es considera la psicosi com la pèrdua de contacte amb la realitat. Hi ha diversos trastorns psicòtics com el trastorn delirant, el trastorn esquizoafectiu i l'esquizofrènia. L'esquizofrènia és el trastorn psicòtic més greu. Es caracteritza per idees delirants (idea falsa, irreductible a la lògica, basada en inferències equivocades i que l'entorn social no comparteix), allucinacions (sobretot auditives), un discurs desorganitzat (saltígrad, incoherent) i una conducta desorganitzada (vesteix estrafolàriament, fa coses inadequades, es comporta d'una manera no habitual en ella), entre d'altres. Amb el temps, predominen els

síntomes negatius: abúlia, apatia, alògia, anergia (és a dir, passivitat), inhibició, deteriorament, etc.

Un 1% de la població general té esquizofrènia, mentre que un 3-4% de les persones amb discapacitat intel·lectual pateixen aquest trastorn mental.

L'esquizofrènia és molt més freqüent en persones amb discapacitat intel·lectual que en la població general.

Hi ha una sèrie de síndromes genètiques que tenen més predisposició a presentar psicosi: la síndrome velocardiofacial, la síndrome de Prader-Willi i la síndrome de Klinefelter. Tot seguit, tot i que menys sovint, la síndrome de Turner, la fenilcetonúria, la síndrome Niemann Pick i la síndrome X Fràgil.

Trastorn depressiu major

La prevalença de depressió major en les persones amb discapacitat està entre el 4 i el 7%, a excepció de les persones amb síndrome de Down, que pot arribar fins al

10%. **Hi ha el doble de dones que d'homes que pateixen una depressió major.**

Els símptomes de la depressió major són la tristesa, l'anhedònia o hipohedònia (incapacitat o baixa capacitat per a experimentar plaer), l'apatia, la inhibició psicomotriu, l'alteració del son i de la gana, la fatiga, les idees de mort o de suïcidi, entre d'altres. En persones amb discapacitat intel·lectual moderada-greu, o en aquelles persones que no tenen vocabulari, ens hem de basar en la conducta: irritabilitat, rebequeries, plors, crits, agitació, queixes somàtiques, etc.

Trastorn bipolar

El trastorn bipolar és una malaltia que cursa amb episodis depressius i amb episodis d'eufòria anomenats "mania" o "hipomania".

Els símptomes de la mania solen ser: expansivitat, irritabilitat, autoestima elevada, megalomania, prodigalitat, disminució de la necessitat del son, hiperactivitat, agitació psicomotriu, i a vegades, desinhibició sexual.

Un 1% de la població general presenta trastorn bipolar, i s'accepta que en la població amb discapacitat intel·lectual, la prevalença és el doble o el triple. La Síndrome McPhelan-Dermid, la Síndrome velocardiofacial i la Síndrome de Joubert tenen més predisposició a associar-se a trastorn bipolar.

El tractament dels trastorns mentals és integral i multidisciplinar, seguint el model bio-psico-social. Els fàrmacs, en molts casos, són imprescindibles (per exemple, en l'esquizofrènia o el trastorn bipolar), però si venen acompanyats d'un tractament psicològic especialitzat i d'un bon abordatge social, s'assegura un millor pronòstic del quadre.

Davant d'un episodi psicòtic o afectiu, sempre cal descartar una causa mèdica que provoqui tal simptomatologia (anèmia, hipotiroïdisme, abús de substàncies, patologies intracranials, entre d'altres).

▶ Ponència: vídeo i transcripció escrita
<https://granesfundacio.org/ponencia6>



La malaltia mental en el Trastorn del Desenvolupament Intel·lectual: conductes repetitives

Dra. Laura Plans Pujol

Entenem com a conducta repetitiva aquella conducta que es repeteix en el temps amb elevada freqüència, sovint de forma invariànt i que en ocasions pot ser inapropiada i/o estranya en el context d'on es dona.

Les conductes repetitives són bastant freqüents en la població amb discapacitat intel·lectual i moltes vegades estan mal diagnosticades i no s'actua de la manera més adequada.

Tot i que el diagnòstic precoç d'un trastorn del neurodesenvolupament és molt important, cal recordar que les conductes repetitives durant la primera infància poden ser adaptatives a pors habituals per edat evolutiva i no patològiques.

Podem classificar les conductes repetitives en:

- > Sensoriomotores: tics, repetició de moviments específics, estereotípies, manierismes, autolesions repetitives, un interès sensorial inusual per certs objectes. Normalment aquestes conductes intenten compensar una sobreestimulació ambiental (soroll, llum...).
- > Cognitives o d'insistència en la igualtat: adhesió rígida a normes i rutines, compulsions, gran resistència al canvi, un focus d'interès molt invariable,... Normalment aquestes conductes intenten evitar o defensar-se de l'ansietat que pateixen.

L'etiologia és diversa, s'han descrit afectacions més biològiques, tals com canvis neuroestructurals (alteracions en els ganglis basals), alteracions en la bioquímica

(alteracions en els neurotransmissors) i alteracions genètiques, però també s'ha evidenciat que una privació social precoç podria condicionar a l'aparició d'aquestes conductes.

El TOC és una malaltia on la persona presenta un pensament (obsessió), el qual li genera ansietat i ha de realitzar una conducta (compulsió) per a reduir, aparentment, aquells nivells d'ansietat.

Sovint la persona amb TOC identifica les compulsions com a no plaents (egodistòniques) i és conscient que la conducta la realitza per a palliar l'ansietat que li genera l'obsessió, és a dir, té insight.

Les persones amb TDI amb majors necessitats de suport possiblement no identifiquin les conductes com a egodistòniques i no presentin insight, pel que parlariem de Trastorn de l'espectre obsessiu compulsiu (TEOC).

Moltes síndromes genètiques presenten conductes repetitives: Síndrome de Prader-Willi (autorrascats, pessics, acumulen objectes, obsessió per l'ordre i la simetria),

Síndrome de Lesch-Nyhan (mossegar-se, sobretot la boca, la llengua, els llavis, els dits, els braços...), Síndrome de Cornèlia de Lange (balanceig, compulsions), Síndrome de Rett (manierismes, mossegar-se les mans,...), entre d'altres.

El tractament varia molt en funció de la conducta repetitiva que presenta. No hi ha una solució única per a totes les conductes repetitives.

El més important i el més aconsellable és que quan apareix una conducta repetitiva es faci una correcta avaluació per tal de comprendre la funció d'aquesta conducta i poder realitzar una correcta intervenció.

▶ Ponència: vídeo i transcripció escrita
<https://granesfundacio.org/ponencia7>



Bibliografia

- > Cortés M.J., Orejuela C., Castellví G., et al. *Psychometric Properties of Spanish Adaptation of the PDD-MRS Scale in Adults with Intellectual Developmental Disorders: The EVTEA-DI Scale*. J Autism Dev Disord. 2018 May; 48(5):1566-1578.
- > García-Alba J., Esteba-Castillo S., Viñas-Jornet, M. *Neuropsicología de la discapacidad intelectual de origen genético*. Madrid: Editorial Síntesis, 2018.
- > Inventario PAS-ADD (PAS-ADD Checklist): https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=Inventario_PAS.pdf
- > Martínez-Leal R., Salvador-Carulla L., Gutiérrez-Colosía M.R., et al. *La salud en personas con discapacidad intelectual en España: estudio europeo POMONA-II [Health among persons with intellectual disability in Spain: the European POMONA-II study]*. Rev. Neurol. 2011 October 1; 53(7):406-14.
- > Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental (Catalunya). Servei Català de la Salut. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. *Necessitats en salut mental en persones amb discapacitat intel·lectual (SM-ID)*. Quaderns de salut mental: 5. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2003.
- > Novell R., Nadal M., Smilges A., Pascual J., Pujol J., *Informe Séneca. Envejecimiento y discapacidad intelectual en Cataluña*. Barcelona: FEAPS, 2008.
- > Novell R., Rueda P., *Conductas que nos preocupan en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo: ¿Qué debes saber? ¿Qué debes hacer?* Madrid: Plena inclusión, 2021. Disponible

- en: <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/conductas-que-nos-preocupan-en-personas-con-discapacidad-intelectual-y-del-desarrollo-que-debes-saber-que-debes-hacer/>
- Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions 2017-2020. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/estrategies_salut/salut_mental_i_addiccions/
 - Quadern de la Bona Praxi 34: *Evolució de l'atenció a les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament*. Barcelona: COMB, 2015. Disponible a: <https://www.comb.cat/pdf/publicacions/qbp/praxi34.pdf>
 - Salvador-Carulla, L., Martínez-Leal, R., Salinas, J.A., *Trastornos de la salud mental en personas con discapacidad intelectual: declaración FEAPS e Informe Técnico*. Madrid: FEAPS, 2007. Disponible en: [\[salud-mental-en-las-personas-con-discapacidad-intelectual-declaracion-feaps-e-informe-tecnico/\]\(https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/trastornos-de-la-salud-mental-en-las-personas-con-discapacidad-intelectual-declaracion-feaps-e-informe-tecnico/\)](https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/trastornos-de-la-</div><div data-bbox=)

- Salvador-Carulla, L.; Ruíz Gutiérrez-Colosía, M. Nadal, M. y el grupo CONFIL 2007. *Manual de consenso sobre el funcionamiento intelectual límite*. Madrid: Obra Social Caja Madrid, 2010. Disponible en: https://presidencia.gencat.cat/web/content/ambits_actuacio/funcionament-intel-lectual-limit/Manual-de-consenso-sobre-Funcionamiento-Intelectual-Limite.pdf

Recursos web

- The society for the study of behavioural phenotypes (SSBP): <https://ssbp.org.uk/>
- Osmosis, health education platform <https://www.osmosis.org/library/md/foundational-sciences/genetics>







Diàlegs GRANÉS

FUNDACIÓ

Incentivem
les capacitats

Salut Mental i Discapacitat Intel·lectual

Av. Països Catalans, 116

Banyoles 17820

T. 972 001 001

info@granesfundacio.org

www.granesfundacio.org