

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

**SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL: ANÁLISIS DE SU
CONOCIMIENTO DESDE LA PSICOLOGÍA**

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Facultad de Psicología



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Autor: Guillermo Cejuela de Padua

Tutora: Patricia Navas Macho

Junio 2020

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

D. Guillermo Cejuela de Padua declaro que he redactado el trabajo “Salud Mental y Discapacidad Intelectual: Análisis de su conocimiento desde la Psicología” para la asignatura de Trabajo Fin de Máster en el curso académico 2019/2020 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en las Referencias bibliográficas. He identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido. El trabajo realizado, así como el material incluido en los Anexos, constituye una aportación personal y que no he copiado, reproducido ni utilizado programas ya existentes. En todos los casos se ha reconocido expresamente la autoría de instrumentos de evaluación o similares, publicados. Soy consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden, incluyendo la calificación del TFM con un 0-Suspenso.

En Salamanca, a 28 de mayo de 2020

Fdo:

Guillermo Cejuela de Padua



Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a todos los participantes que han permitido que este Trabajo de Fin de Máster se lleve a cabo.

En segundo lugar, agradecer a mi directora de TFM, Patricia, por su exigencia, paciencia, innumerables consejos y dotarme de recursos y conocimientos, pero sobre todo por su atención y el excelente trato que ha tenido conmigo.

A mi padre, quien me “empujó” a estudiar en Salamanca, puesto que *“la Alhambra no se va a mover de sitio”*. Por consiguiente a mi familia y amigos por permitirme ser guía de esta maravillosa ciudad con sus visitas. En especial a mi hermano, por su interés y disposición a conocer a increíbles personas en el transcurso de este trabajo.

A Jessica, por hacer mi día a día más ameno, darme paz y hacer de esta etapa algo inolvidable.

Por último, a mi madre, por ser quien me inspiró a dedicarme a la Psicología.

**Charla con personas con discapacidad intelectual de la
Fundación Personas de Valladolid.**

¿Sabéis qué es un psicólogo? ¿Alguna vez habéis ido a uno?

“Es el come-cocos.”

*“Sí, te ayuda hablar de sentimientos. A mí me ha ayudado a pensar, aquí en la
cabeza.”*

“Es la persona que te ayuda a conocerte más.”

“El que te hace entender tus sentimientos para sentirte mejor.”

“El que te ayuda cuando no entiendes lo que pasa en tu cabeza.”

Resumen y palabras clave

Las personas con discapacidad intelectual son un grupo poblacional que tiende a manifestar mayor vulnerabilidad ante problemas de salud, incluyendo las alteraciones psicológicas y conductuales. Pese a esto, los profesionales del campo de la Psicología parecen tener carencias en su formación para prestar un servicio digno a este colectivo. Con el presente trabajo se busca explorar, a través de una encuesta, los conocimientos generales y específicos sobre discapacidad que manifiestan los profesionales de la psicología. La muestra total del estudio ha estado conformada por 112 personas. A través de un análisis cuantitativo se ha explorado la posible existencia de asociaciones significativas entre la formación específica en materia de discapacidad y/o la relación directa con personas con discapacidad y los conocimientos generales y específicos sobre este colectivo. Casi la totalidad de la muestra (96,4%) cree necesario incorporar conocimientos específicos sobre DI en las titulaciones oficiales. Existe una asociación estadísticamente significativa entre disponer de formación específica en DI y el interés en trabajar en este ámbito. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento general que los psicólogos con y sin formación específica tienen sobre DI (tampoco se observaron diferencias al incluir la posible influencia de una relación directa con el colectivo). No obstante, el grupo sin formación específica opina que la sintomatología psicopatológica puede ser resultado de la propia DI, reflejando cómo el efecto eclipsador de la discapacidad se manifiesta de manera más intensa en aquellos que no disponen de conocimientos específicos sobre discapacidad. Además, el grupo más formado considera en mayor medida (un 74,2% frente al 44%) que son necesarias habilidades específicas para atender en terapia psicológica a personas con DI. Al incorporar la variable 'relación con persona con DI' estas diferencias entre grupos se acentúan, pudiendo concluir que estar formado y tener relación con el colectivo, mejora el conocimiento de sus necesidades específicas. Coincidiendo con las reflexiones de los encuestados, se expresa la importancia de instaurar cambios formativos en las titulaciones oficiales para conseguir una práctica de Psicología Sanitaria acorde a las necesidades y derechos de las personas con discapacidad intelectual.

Palabras clave: *discapacidad intelectual, salud mental, psicología, formación, conocimientos.*

Abstract and keywords

People with intellectual disability are a population group that tends to show greater vulnerability to health problems, including psychological and behavioral changes. Despite this, professionals who work in the Psychology field seem to have shortcomings in their training to provide a dignified service to this group. The present work seeks to explore, through a survey, the general and specific knowledge on disability that psychology professionals manifest. The total sample of the study has been made up of 112 people. Through a quantitative analysis, the possible existence of significant associations between specific disability training and / or the direct relationship with people with disabilities and general and specific knowledge about this group has been explored. Almost the entire sample (96.4%) believes it is necessary to incorporate specific knowledge about ID in official degrees. There is a statistically significant association between having specific training in ID and the interest in working in this field. No statistically significant differences were found in the general knowledge that psychologists with and without specific training have on ID (no differences were observed when including the possible influence of a direct relationship with the group). However, the group without specific training believes that psychopathological symptoms may be the result of ID itself, reflecting how the “ diagnostic overshadowing” of disability manifests itself more intensely in those who do not have specific knowledge about disability. In addition, the most educated group considers to a greater extent (74.2% vs. 44%) that specific skills are necessary to attend people with ID in psychological therapy. By incorporating the variable ‘relationship with a person with ID’ these differences between groups are accentuated, and it can be concluded that being trained and having a relationship with the group improves knowledge of their specific needs. Coinciding with the reflections of the respondents, the importance of instituting training changes in official degrees is expressed in order to achieve a practice of Health Psychology according to the needs and rights of people with intellectual disabilities.

Keywords: *intellectual disability, mental health, psychology, training, knowledge.*

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	8
2. METODOLOGÍA	14
2.1. Participantes	14
2.2. Instrumento	17
2.3. Procedimiento	19
2.4. Análisis de datos	19
3. RESULTADOS	20
3.1. Formación y preferencias laborales	20
3.2. Conocimientos generales y actitudes	21
3.3. Conocimientos específicos y aplicados sobre Salud Mental y DI	25
4. DISCUSIÓN	29
5. CONCLUSIONES	34
6. REFERENCIAS	36
7. ANEXOS	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de estudiantes de Grado de Psicología por universidad	15
Figura 2. Distribución de estudiantes del Máster en Psicología General Sanitaria por universidad	16
Figura 3. Distribución del nivel de estudios de los participantes que trabajan como psicólogos.....	17

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución grupal en función de la formación específica y el tipo de relación con personas con DI.....	20
Tabla 2. Resultados preguntas tipo Likert sección “Conocimientos generales” en función de la formación sobre DI	21
Tabla 3. Resultados preguntas tipo Likert sección de “Conocimientos generales” en función de la formación y tipo de relación con personas con DI.....	23
Tabla 4. Resultados preguntas tipo Likert sección “Conocimientos aplicados a Salud Mental” en función de la formación	26
Tabla 5. Enunciados de preguntas de la sección de “Conocimientos aplicados a Salud Mental”	28

1. INTRODUCCIÓN

La discapacidad intelectual (DI), recogida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y referida, en su versión traducida al castellano, como “trastorno del desarrollo intelectual”, es una condición que se inicia en las primeras etapas del desarrollo (APA, 2014). Pese a la dificultad de obtener datos epidemiológicos exactos (Verdugo y Navas, 2017), se estima que un 1% de la población mundial presenta este tipo de discapacidad (Peña et al., 2018). La DI se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa (Schalock et al., 2010), lo que provocará que la persona con DI necesite ciertos apoyos para desenvolverse en su entorno, entorno en que normalmente suelen existir barreras, ya sea a nivel sanitario, laboral o social, que dificultan la participación de las personas con DI (Folch et al., 2017; Leturia, Díaz, Sannino y Martínez, 2014; Verdugo y Navas, 2017).

Las personas con DI son un grupo poblacional que muestra mayor vulnerabilidad a manifestar problemas de salud (Fredheim, Haavet, Danbolt, Kjøsberg y Lien, 2013; Leturia et al., 2014). Esta vulnerabilidad se ve acrecentada por diversas barreras del contexto como la falta de coordinación interprofesional, situaciones de discriminación señaladas por las propias personas con DI, dificultad de los profesionales para resolver dudas, y/o problemas de comunicación entre ambas partes (Ali et al., 2013; Verdugo y Navas, 2017).

Se estima necesario mejorar la atención sanitaria para este colectivo en el que, a pesar de ser más frecuentes los problemas de tipo médico, se documenta de manera reiterada más dificultades en el acceso a la salud (Havercamp y Scott, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2011) debido a barreras como la escasa accesibilidad de los servicios, el infradiagnóstico y el sobretratamiento (Leturia et al., 2014). A ello ha de sumarse la escasa formación del personal sanitario en discapacidad, barrera que es muy señalada por la población con DI (Havercamp y Scott, 2015) y que contribuye, dado el fracaso a la hora de proporcionar una atención médica apropiada, a que exista una mayor morbilidad y una tasa de mortalidad más temprana en este colectivo (Hahn, Fox y Janicki, 2015).

Estas limitaciones y dificultades en el contexto asistencial sanitario ponen en peligro el derecho a la salud de las personas con DI (Navas, Verdugo, Martínez, Sainz y Aza, 2017) señalado en los artículos 25 y 26 de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) donde se expone que: “las personas con

discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad” (p.20). Para ello “se adoptarán medidas efectivas y pertinentes, (...) para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida” (ONU, 2006, p.21).

Se considera por tanto que los servicios sanitarios deben ofrecer posibilidades y recursos para la prevención, diagnóstico y tratamiento en este colectivo que promuevan un acceso a la salud en igualdad de condiciones (Folch et al., 2017; Leturia et al., 2014).

Entre las condiciones de salud que presenta esta población, y centrándonos así en el tema que este trabajo ocupa, se encuentran los problemas de índole mental. Distintos factores biológicos (e.g., niveles de sustancias químicas como la serotonina que afectan a la conducta y estado emocional), psicológicos (e.g., baja autoestima o menor capacidad cognitiva para enfrentarse al día a día) y sociales (e.g., rechazo, disminución de oportunidades), incrementan la vulnerabilidad de este colectivo frente a problemas de salud mental (Ayuso, Martorell, Novell, Salvador-Carulla y Tamarit, 2011).

La complejidad existente a la hora de evaluar problemas de salud mental en este colectivo resulta en una enorme dificultad para obtener estadísticas fiables sobre su prevalencia (Verdugo y Navas, 2017), contando con datos que oscilan entre el 25% y el 65% (Ayuso et al., 2011; Cooper, Smiley, Morrison, Williamson y Alan, 2007; Córdoba, Restrepo, Tamayo, Peña y Verdugo, 2010; Jahoda et al., 2017; Tassé, Bertelli, Kates, Simon y Navas, 2017). La dificultad para obtener estos datos se debe también a la escasa oferta de instrumentos diagnósticos que nos encontramos para esta población, entre los que destacan la batería PAS-ADD (Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability), adaptada al castellano en 2015 (Martorell, González, y Gutiérrez, 2015).

Entre los problemas de salud mental que encontramos con mayor frecuencia en este colectivo, el estudio de Jahoda y su grupo de trabajo (2017) afirma que la depresión se manifiesta en un 5% de personas con DI, igualando la prevalencia en población general pero mostrando diferencias en la mayor cronicidad e intensidad del trastorno, debido a las dificultades de las personas con DI para lograr un tratamiento adecuado y a las posibles limitaciones en la gestión emocional, comunicación y comprensión de lo que está pasando. Esta mayor cronicidad de la sintomatología

depresiva se encuentra fuertemente relacionada con la experimentación de situaciones de rechazo. Así, Ali, King, Stryndom y Hassiotis, (2015) encontraron en su investigación una alta correlación entre el estigma social percibido en personas con DI y su malestar psicológico ($r=.94$).

También Gilderthop (2015), citado por Truesdale et al., (2019), añade como uno de los cuadros más frecuentes en esta población el trastorno por estrés post-traumático, con datos de prevalencia que llegan a alcanzar el 60%. Leturia et al. (2014) señalan la presencia de depresión, demencia y esquizofrenia como los problemas de salud mental más frecuentes en este colectivo, y Peña et al. (2018) destacan la mayor prevalencia de trastorno depresivo y trastorno de ansiedad en su estudio, además de trastorno bipolar, esquizoafectivo y psicótico, si bien el diagnóstico de este último se realiza, según autores como García et al. (2009), de manera abusiva.

Pese a disponer de mucha investigación acerca de la prevalencia de comorbilidad de problemas de salud mental y DI, pocos estudios se centran en el infradiagnóstico y sus complejidades (Peña et al., 2018). El correcto diagnóstico clínico y consecuente tratamiento de los problemas de salud mental en personas con DI resulta complicado, en parte, por la dificultad para encontrar profesionales debidamente formados en el trabajo con personas que presenten un diagnóstico dual (Esteba-Castillo, Vidal, Dilmé y Novell 2006; Tassé, 2013; Tassé et al., 2017). El diagnóstico se complejiza, además, por la coexistencia de otras circunstancias frecuentes en población con DI, como la polifarmacia y sobremedicación, a veces prescrita sin indicación clínica (Folch et al., 2019), los problemas de comunicación, o la presencia de otra serie de condiciones médicas asociadas. Todo ello origina, en buena parte de las ocasiones, un aumento en el número de falsos negativos que se acrecienta aún más debido al efecto 'eclipsador' de la DI, fenómeno definido por Reiss, Levitan y Szyszko (1982) a partir del cual la sintomatología psicopatológica es considerada resultado o parte de la propia DI (citados por Ayuso et al., 2011; Folch et al., 2017; Leturia et al., 2014; Verdugo y Navas, 2017). En este sentido, Peña et al., (2018), a partir del estudio de una muestra de 142 personas con DI, concluyen que un 29,57% no recibe un diagnóstico adecuado de sus problemas de salud mental. Este dato, en estudios previos, llega a alcanzar el 50% (Salvador-Carulla y Novell, 2003; Pérez, 2012).

Además de los problemas de salud mental señalados, las alteraciones de conducta también son reseñables en este colectivo, alteraciones que, de acuerdo con Bouras (2007), no están recibiendo la atención adecuada y, en ocasiones, se

'etiquetan' como problemas de salud mental. En 2010 Cohen et al. señalaron que la prevalencia de problemas conductuales asciende al 30-60% de los casos de personas con DI, dato que se acrecienta para las personas con DI con mayores necesidades de apoyo, llegando incluso a multiplicarse por tres (Sheehan et al., 2015). Estos datos subrayan la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial adecuado, ya que los problemas conductuales pueden ser precipitados por situaciones concretas y constituir intentos de comunicación por parte de la persona, no estando necesariamente vinculados a (o ser parte de) un problema de salud mental (Verdugo y Navas, 2017).

La disparidad de datos mencionados con respecto a la prevalencia de problemas de salud mental y de conducta en población con DI se debe principalmente a la complejidad que implica realizar un diagnóstico adecuado en este colectivo. En 2002, Novell, Rueda, Salvador-Carulla y Forgás introducían en la "Guía práctica de evaluación psiquiátrica en el retraso mental" las dificultades encontradas a la hora de realizar una exploración psicopatológica en personas con DI. Estas dificultades son por un lado atribuibles al sujeto informador (e.g., limitaciones significativas en funcionamiento intelectual, dificultades comunicativas, enmascaramiento psicosocial, exageración, etc.), y por otro, al entrevistador (e.g., diagnóstico erróneo, exploración inadecuada, no comparar con la línea basal) siendo estas últimas -las referidas al entrevistador, y específicamente lo que acontece a la formación-, las que ocupan el eje principal de este Trabajo de Fin de Máster.

Cierto es que muchos de los problemas de salud mental en población con DI pueden no ser correctamente identificados por las dificultades halladas en el propio individuo a la hora de comunicar los síntomas (Navas, Uhlmann y Berastegui, 2014; Smith et al., 2020), ya que las dificultades en expresión y comprensión verbal son factores perturbadores del diagnóstico (Folch et al., 2017). No obstante, la incorrecta evaluación y posterior tratamiento de los problemas de salud mental es también debida a la insuficiente formación de profesionales del ámbito de la salud en DI (Navas et al., 2014; Wark, Hussain y Edwards, 2016). No son pocos los estudios que advierten sobre los problemas en la atención sanitaria de las personas con DI relacionados con la escasa formación de los profesionales en cuanto al abordaje psicológico de problemas de salud mental en este colectivo (e.g., Axmon, Karlsson y Ahlstrom, 2016; Ayuso et al., 2011; Haverkamp y Scott, 2015; He et al., 2019; Navas, Llorente, García, Tassé y Haverkamp, 2019; Truesdale et al., 2019).

Estas deficiencias en la calidad de la atención sanitaria prestada por profesionales han obligado a países como Reino Unido a trabajar en la creación de

unidades especializadas en hospitales para poder ofrecer un servicio digno y adecuado a las personas con DI que presentan problemas de salud mental (Folch et al., 2017; Lunsky et al., 2010; Salvador-Carulla et al., 2015), servicios que, en España, –pese a ser escasos- también se están comenzando a implantar, como es el caso de las unidades de hospitalización especializadas de corta y media estancia (UHE-DI) y los servicios ambulatorios especializados en salud mental (SESM-DI) (Serveis Villablanca Assitencials, 2018) que se encuentran en Cataluña, Madrid y Extremadura.

Estas carencias formativas a las que se refieren los distintos estudios se originan ya en los propios grados sanitarios, pues no contemplan en su oferta académica contenidos específicos sobre DI (Salvador-Carulla et al., 2015). Como señalan Verdugo y Navas (2017), el estudiante interesado en este ámbito debe optar por estudios de posgrado.

Si atendemos a las guías académicas de los grados de Psicología en España, encontramos que, únicamente en el sector público, las universidades de Sevilla, Salamanca, Miguel Hernández (Elche) y Extremadura imparten asignaturas específicas de carácter obligatorio sobre discapacidad desde una perspectiva de ciclo vital (es decir, no atendiendo de manera exclusiva a necesidades específicas de una etapa como, por ejemplo, la escolar) (Navas, 2019).

Según el listado de universidades elaborado por *U-Ranking* en 2019 (IVIE, 2019) –perteneciente al proyecto sobre Indicadores Sintéticos del Sistema Universitario Español (ISSUE)-, entre las 10 primeras universidades privadas españolas, cuyos planes de estudios pueden ser consultados on-line, se puede observar que en ninguna de ellas se cursan contenidos específicos sobre DI en el grado de Psicología, ofertando la posibilidad de cursar asignaturas optativas relacionadas con discapacidad en general y entornos educativos inclusivos. En el caso de estas mismas universidades y en relación con el Máster en Psicología General Sanitaria, únicamente en una de ellas (Universitat Ramón Llull), se encuentra una optativa donde se abordan contenidos de discapacidad (“Discapacidad y demencias”). Al revisar el informe del Boletín Oficial del Estado (BOE) para los planes de estudio del Máster en Psicología General Sanitaria en universidades públicas, encontramos que no se hace alusión en ningún momento a la DI en cuanto a contenidos formativos.

En el caso del programa formativo de Psicólogo Interno Residente (PIR) y atendiendo de nuevo al Boletín Oficial del Estado (BOE), se observa que entre los objetivos específicos de este programa se encuentra: “Diseñar, aplicar, evaluar la

eficacia, y llevar a cabo el seguimiento de programas específicos de evaluación, diagnóstico, psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológico en las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental” (BOE, 2009, p. 6). Entre las actividades y programa teórico aparece la realización de evaluación e identificación de factores de riesgo de “exclusión, incapacidad y discapacidad”, y conocer las “características especiales de evaluación y diagnóstico de la población con discapacidad intelectual y trastorno mental” (BOE, 2009, p. 9).

García et al. (2009) señalan que, en algunas regiones de Cataluña, llevan años implantando formaciones acerca de salud mental y DI en los proyectos formativos de residentes de medicina (MIR) y psicología (PIR). Los autores exponen que las ya mencionadas SESM-DI son unidades que permiten acercar a los residentes a la problemática originada por los problemas de salud mental en personas con DI. Parece, en conclusión, que la formación específica sobre salud mental y DI se adquiere en programas formativos de mayor duración y especificidad, como los que habilitan para el ejercicio eminentemente clínico de la Psicología.

A raíz de todas las complicaciones expuestas, y las necesidades que sabemos presentan las personas con DI, nos preguntamos: ¿Están lo suficientemente formados y preparados los profesionales de la psicología para intervenir con personas con DI?

Teniendo en cuenta el actual estado del tema, el presente estudio tiene como objetivo general explorar la percepción de estudiantes y profesionales de la psicología sobre su formación en discapacidad intelectual y obtener datos objetivos sobre la misma.

A su vez, este objetivo general se desglosa en algunos específicos:

- OE1: Explorar los conocimientos generales que estudiantes de psicología y profesionales de esta disciplina tienen sobre DI.
- OE2: Examinar los conocimientos específicos sobre salud mental y recursos disponibles para población con DI con que cuentan los estudiantes y profesionales de la psicología.
- OE3: Conocer la opinión de estudiantes y profesionales acerca de la necesidad de potenciar la formación y habilidades que requiere el trabajo con personas con DI.

También se proponen una serie de hipótesis que serán sometidas a análisis:

- Hipótesis 1: Tener una formación más especializada (haber recibido contenidos sobre DI en algún ámbito ya sea laboral o académico) se asociará a un mejor conocimiento general y aplicado sobre salud mental y DI.
- Hipótesis 2: Tener una formación más especializada (haber recibido contenidos sobre DI en algún ámbito, ya sea laboral o académico), se asociará a una actitud menos negativa hacia las personas con DI y el trabajo con las mismas.
- Hipótesis 3: Las personas que tienen mayor formación específica se sentirán más cómodos trabajando con personas con DI que aquellos sin formación específica.
- Hipótesis 4: Las personas que además de tener conocimientos específicos mantienen una relación directa con el colectivo de personas con DI (familiar, laboral, amistad) manifestarán un mejor conocimiento sobre esta discapacidad que aquellos que nunca se han acercado a la misma.
- Hipótesis 5: Las personas que además de tener conocimientos específicos mantienen una relación directa con el colectivo de personas con DI (familiar, laboral, amistad) manifestarán una actitud menos negativa hacia el mismo que aquellos que nunca se han acercado a él.
- Hipótesis 6: Las personas con relación directa con el colectivo de personas con DI (familiar, laboral, amistad) opinarán, en mayor medida que aquellos que nunca se han acercado al mismo, que es necesaria más formación específica sobre salud mental de personas con DI.

2. METODOLOGÍA

2.1. Participantes

La totalidad de participantes del estudio fue de 121 encuestados, de los cuales hubo que eliminar a nueve participantes pues dos de ellos realizaron otros estudios distintos a grado/licenciatura en psicología y siete cursaron sus estudios en otros países. La muestra total real asciende por tanto a 112 participantes, de los cuales un 80,4% eran mujeres (n=90). El rango de edad se encontraba entre los 21 y los 53 años, oscilando la gran mayoría entre los 21 y 26 años (64,3%; n=72). La edad media era de 28,08 años ($DT=7,76$).

Entre los encuestados se encontraban psicólogos (o futuros psicólogos) en formación a distintos niveles, ya fuese por estar cursando en el momento de la realización de la encuesta el Grado de Psicología (12,5%, n=14), el Máster en

Psicología General Sanitaria (33,9%, n=38), o realizando la residencia como Psicólogos Clínicos (PIR) (1,8%, n=2). Un 5,4% (n=6) estaba estudiando para el examen PIR, preparando otras oposiciones distintas al PIR (2,7%, n=3) o estudiando otros estudios de posgrado (8,9%, n=10). Un 3,6% (n=4) se encontraba realizando el doctorado.

Un 24,1% (n=27) trabajaba como psicólogo en distintos campos: clínico o sanitario (n=23), educativo (n=3); recursos humanos (n=1). Por último, los ocho participantes restantes se dedicaban a labores de investigación (n=2), profesorado (n=1) o trabajos no relacionados con la psicología (n=5).

Los estudiantes que habían cursado o estaban cursando el Grado en Psicología provenían de diversas universidades (Figura 1), destacando un elevado porcentaje de estudiantes procedentes de la Universidad de Granada (n=40; 35,7%), y desconociendo en un caso dónde se realizaron estos estudios.

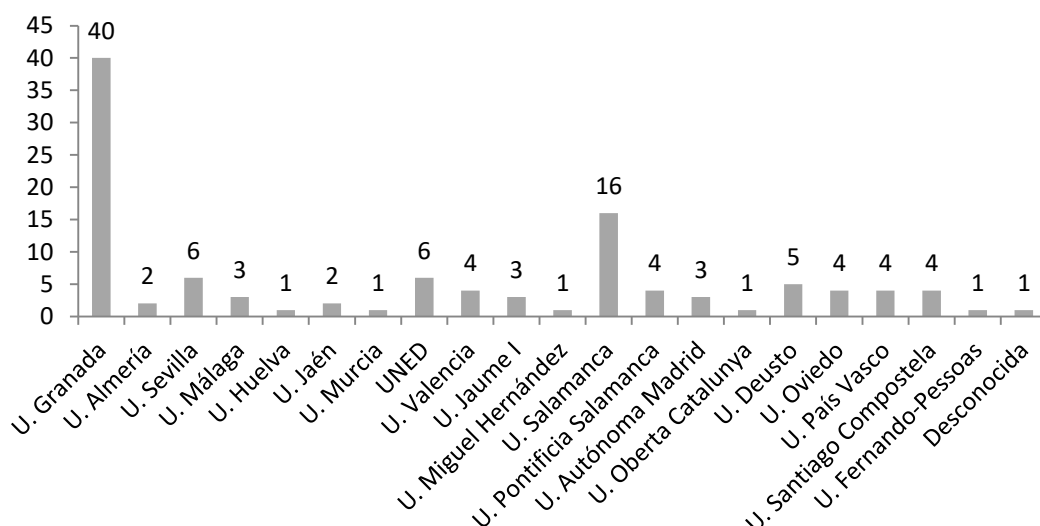


Figura 1. Distribución de estudiantes de Grado en Psicología por universidad.

En cuanto a los estudiantes que han cursado y que se hallaban cursando el Máster en Psicología General Sanitaria se presenta su distribución por Universidad en la Figura 2. La mayor parte cursa o ha cursado este Máster en la Universidad de Salamanca (n=23; 44,2%), desconociendo en cuatro casos el lugar en que se cursan estos estudios.

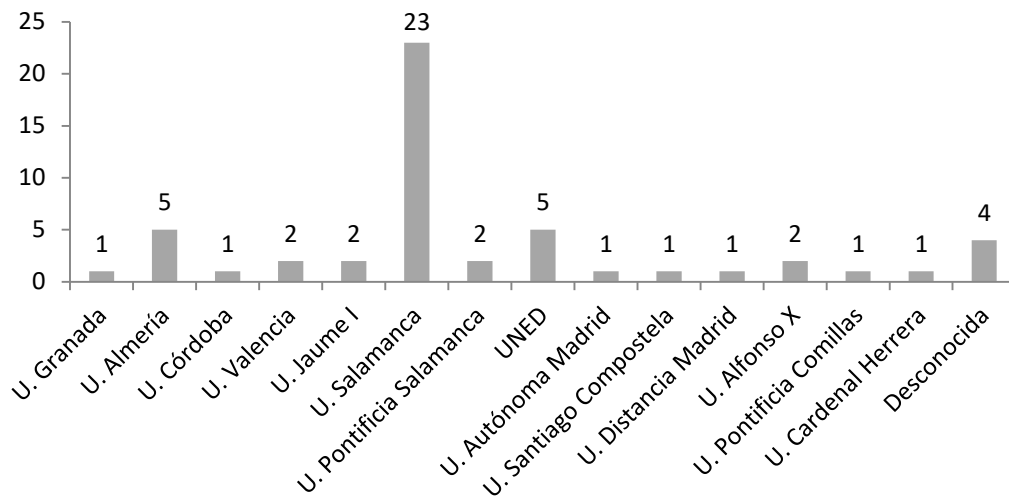


Figura 2. Distribución de estudiantes del Máster en Psicología General Sanitaria por Universidad.

Con respecto a los estudiantes de PIR, dos participantes están realizando la residencia y seis preparando el examen de acceso.

En cuanto a las personas que estaban trabajando en el campo de la psicología, -ya sea ámbito clínico-sanitario, educativo o empresarial-, se observa que la formación que tienen 20 de los 27 participantes son estudios de posgrado (Figura 3), siendo el MPGS la formación posterior al grado más frecuente.

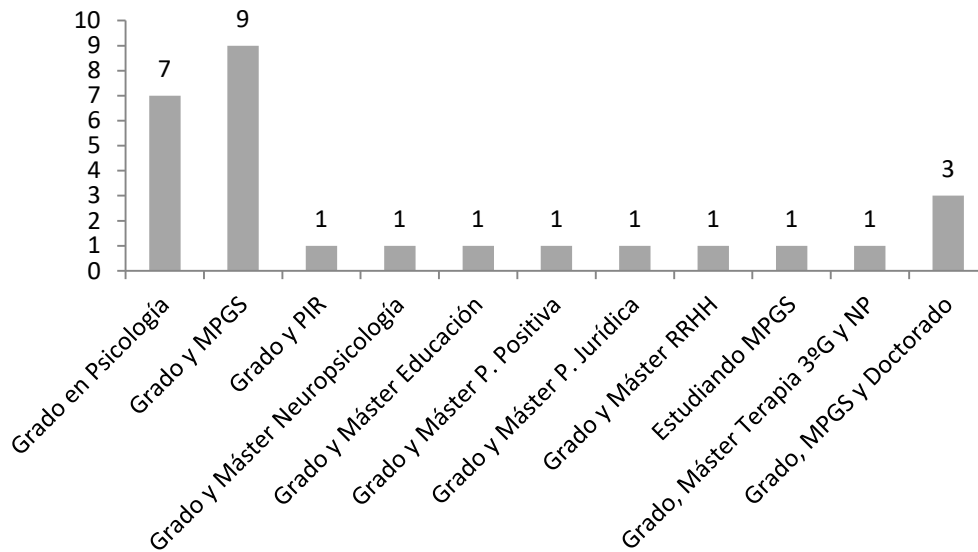


Figura 3. Distribución del nivel de estudios de los participantes que trabajan como psicólogos.

El 37,5% de la muestra (n=42) decía haber recibido formación específica sobre DI en titulaciones oficiales (grado, máster, etc.). Es en la Universidad de Salamanca (47,4%, n=18), seguida de la Universidad de Granada (21,1%, n=8) donde se ha impartido mayor formación específica (n=38). Atendiendo a la formación recibida al margen de estas titulaciones (n=40, el 35,7% del total), los participantes optaban por cursos, jornadas y congresos (55%, n=22) y/o por una formación más “práctica” como la realización de prácticas académicas, voluntariados o ser monitores de ocio y tiempo libre de personas con DI (42,5%, n=17). En resumen, un 55,4% de la muestra afirmó haber recibido formación específica sobre DI.

2.2. Instrumento

Ante la imposibilidad de encontrar un instrumento con las características necesarias para recoger los datos objeto de interés, se construyó una encuesta *ad hoc* para recabar información sobre la formación en DI recibida por estudiantes de psicología de distintos niveles (grado y posgrado) y profesionales de la disciplina y sus conocimientos generales y específicos sobre salud mental en esta población.

Para realizar la búsqueda de literatura que facilitara la creación de la encuesta, se utilizaron plataformas digitales como la página web oficial de Plena Inclusión (principal proveedor de servicios en España para personas con DI), de la cual se recogieron algunas preguntas referidas a conocimientos generales sobre DI. Se

consultaron asimismo bases de datos como Dialnet, Pubmed, Google Académico, PsycInfo y Scopus. De los resultados revisados, tres sirvieron de manera especial para la realización de la encuesta: el estudio realizado por Mirón et al. (2019), el capítulo elaborado por Verdugo, Guillén y Vicente (2014) sobre DI dentro del manual de discapacidades del desarrollo de Ezpeleta y Toro (2014), y la Escala General de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad de Verdugo, Arias y Jenaro (1994).

El artículo de Mirón et al., (2019) es un estudio pre-post realizado con alumnos del grado de medicina que tenía como fin valorar cambios en la percepción de este alumnado con respecto a la población con DI tras una formación específica sobre la misma. De este estudio se seleccionaron cuestiones relacionadas con procedimientos sanitarios para la población con DI, el consentimiento informado, o percepción de habilidades generales requeridas para tratar con personas con DI. Del capítulo elaborado por Verdugo et al. (2014) se obtuvo información general acerca de la DI: datos sobre prevalencia, comorbilidad –contrastados con otras investigaciones más actuales mostradas a lo largo de la introducción- o cuestiones acerca del modelo de apoyos y la planificación centrada en la persona. Por último, de la Escala General de Actitudes hacia personas con DI (Arias, Arias, Verdugo, Rubia y Jenaro, 2016; Verdugo et al., 1994) se obtuvieron ítems que recogían información sobre pensamientos y actitudes hacia este colectivo.

Las fuentes anteriormente citadas fueron escogidas por su claridad en la exposición de datos sobre DI, o la conveniencia de usar –y adaptar en caso necesario- algunos ítems para explorar la información objeto de estudio.

La encuesta (Anexo I) comienza con un consentimiento informado e información general sobre el contenido de la misma. Está formada por un total de 53 preguntas de distinta naturaleza: (a) dicotómicas (sí/no); (b) con varias alternativas de respuesta en función del enunciado (e.g., “*¿Cuál es la prevalencia de DI en España?: Entre 0 y 1%, Entre 1 y 5%, Más del 5%*”); (c) cuestiones con formato de “multirespuesta” donde se pregunta acerca de causas que originan la DI o sobre los trastornos psicológicos más frecuentes en esta población; (d) preguntas con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos “*totalmente de acuerdo*”, “*de acuerdo*”, “*en desacuerdo*”, “*totalmente en desacuerdo*” y (e) preguntas abiertas con el fin de analizar la percepción subjetiva de los profesionales sobre su formación y experiencia con el colectivo de personas con DI.

El cuestionario se divide en cuatro secciones orientadas a recoger información sobre: (1) datos sociodemográficos; (2) cuestiones sobre la formación recibida en materia de DI, además de sensaciones y preferencias laborales con personas con DI (e. g., “¿Ha cursado formación específica sobre DI a lo largo del grado/ máster/ PIR?”, “¿Ha recibido formación específica sobre DI fuera del grado, máster o PIR?”); (3) conocimientos generales sobre DI (e.g., “Las personas con DI son violentas”, “La DI es una enfermedad”, “¿Cuál cree que es la prevalencia de personas con DI en España?”); y (4) conocimientos específicos sobre salud mental y DI (e.g., “¿Conoce recursos sobre salud mental que puedan ser de utilidad para trabajar con personas con DI?”, “Muchos de los síntomas psicopatológicos observados en población con DI son resultado de la propia discapacidad”).

2.3. Procedimiento

Para la recogida de datos se elaboró una encuesta online mediante la aplicación Google Encuestas. Fue enviada mediante redes sociales como Facebook, Twitter, Whatsapp y distintos foros de psicología (e.g., ANPIR), pidiendo además que se difundiese a todo aquel alumno y profesional de la psicología que quisiese colaborar.

La encuesta permaneció abierta entre el día 18 de noviembre de 2019 y el 1 de febrero de 2020, obteniendo un total de 121 respuestas.

2.4. Análisis de datos

El presente estudio está enmarcado en una metodología descriptiva, ya que no hay manipulación directa de variables. En cuanto a temporalidad se trata de un diseño transversal. El paquete utilizado para el análisis cuantitativo ha sido el software estadístico *IBM SPSS Statistics* versión 20.

Los principales análisis realizados fueron de naturaleza descriptiva. Se realizaron tablas de contingencia para observar la posible existencia de relación entre variables categóricas a través del estadístico Chi-Cuadrado de Pearson (χ^2) (para ello fue necesario aglutinar las categorías de respuesta ‘*Totalmente de acuerdo*’ y ‘*De acuerdo*’ en “Acuerdo”, y las categorías de respuesta ‘*Totalmente en desacuerdo*’ y ‘*En desacuerdo*’ en “Desacuerdo”).

Para los análisis, la muestra total (N=112) fue dividida en un primer momento en dos grupos en función de la presencia/ausencia de formación específica sobre DI.

Esta división originó un grupo “Sin Formación Específica (SFE)” (n=50) y un segundo grupo “Con formación Específica (CFE)” (n=62).

Al tener en cuenta la variable “relación con personas con DI” cada grupo fue dividido de nuevo en otros dos subgrupos. Esta nueva variable permitió agrupar a aquellas personas con una relación familiar, de amistad, o laboral –o combinaciones que incluyan distintos tipos de relación- en el grupo “relación directa”, diferenciándolas de aquellos participantes que no tenían contacto con personas con DI. La distribución se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1.

Distribución grupal en función de la formación específica y el tipo de relación con personas con DI.

Grupo	Número de participantes
Formación específica y relación directa (FR)	38
Formación específica y no relación directa (FNR)	24
Sin formación específica y relación directa (SFR)	15
Sin formación específica ni relación directa (SFNR)	35

3. RESULTADOS

3.1. Formación y preferencias laborales

Con respecto a la formación que los participantes reciben, el 84,8% de la muestra (sin encontrar apenas diferencias entre el grupo con formación específica o CFE y el grupo sin formación específica, SFE) considera insuficientes sus competencias en este ámbito, generándole un sentimiento de frustración y/o malestar al no poder atender a personas con DI correctamente (63,8% de las personas con formación frente al 78,1% de aquellas sin formación). Casi la totalidad de la muestra (96,4%) cree necesario incorporar conocimientos específicos sobre DI en las titulaciones oficiales (grado, máster, oposiciones, etc.).

Atendiendo a las reflexiones de los participantes, referidas al porqué de la necesidad de implantar una formación de mayor calidad, algunos de ellos indican que “no sabrían cómo actuar”, ya que desconocen técnicas, pautas, procedimientos y recursos a nivel de intervención psicológica con población con DI. También comentan que no se profundiza en el tema debido a que las universidades tienen una visión muy

“generalista” y “se olvidan de este colectivo” al no encontrar “contenido específico en asignaturas obligatorias”. Algunos participantes comentan la diferencia entre la cantidad de conocimientos teóricos generales y la escasa formación práctica con un colectivo tan “vulnerable”. La expresión “poca formación, falta de formación o formación insuficiente” aparece en el 47, 7% de las repuestas abiertas registradas.

Al ser preguntados por su interés en trabajar (o experiencia de trabajo) con el colectivo de personas con DI, el 74% de las personas con formación específica dice haberse sentido o que se sentirían cómodos, frente al 67,4% de las personas sin formación. Un 22,6% de personas con formación específica muestra su deseo de dedicarse profesionalmente a trabajar con este colectivo frente a un 6% de aquellas personas que no han recibido formación específica, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre la formación en DI y el interés en trabajar en este ámbito ($\chi^2 [1, N=112] = 8,371; p < .05$).

3.2. Conocimientos generales y actitudes

El bloque de conocimientos generales y actitudes sobre DI está conformado por 16 cuestiones, 14 de ellas con un formato de respuesta tipo Likert. En la Tabla 2 se puede observar que disponer de una formación específica sobre DI no parece asociarse con un mejor conocimiento general acerca de la misma. Se puede afirmar que ambos grupos conciben la discapacidad desde un modelo ecológico-social al reconocer que, con los apoyos necesarios, las personas con DI pueden tener una vida como la de cualquier otra persona. Ningún grupo concibe la discapacidad como una enfermedad, ni identifica al colectivo como violento o incapaz de alcanzar metas o realizar determinadas acciones en distintos aspectos de la vida diaria.

Tabla 2.

Resultados preguntas tipo Likert sección “Conocimientos generales” en función de la formación sobre DI.

Pregunta	Tipo de formación	Respuesta		p
		Acuerdo	Desacuerdo	
1. Las personas con DI son violentas.	SFE = 50	0	50	/
	CFE = 62	0	62	
2. Las personas con DI pueden llevar una vida normal.	SFE = 50	49	1	.421
	CFE = 62	59	3	
3. La DI es una enfermedad.	SFE = 50	3	47	.329
	CFE = 62	7	55	

Tabla 2 (Cont.)

Resultados preguntas tipo Likert sección “Conocimientos generales” en función de la formación sobre DI.

Pregunta	Tipo de formación	Respuesta		p
		Acuerdo	Desacuerdo	
4. Las personas con DI tienen una personalidad tan equilibrada como cualquier persona.	SFE = 50	42	8	.286
	CFE = 62	47	15	
5. Las personas con DI pueden ser tan competentes profesionalmente como cualquier otra persona.	SFE = 50	40	10	.065
	CFE = 62	57	5	
6. La percepción que la sociedad tiene de las personas con DI influye en su inclusión.	SFE = 50	49	1	.690
	CFE = 62	60	2	
7. En muchos aspectos, se tiene a infantilizar a las personas con DI.	SFE = 50	50	0	.200
	CFE = 62	60	2	
8. Las personas con DI son capaces de llevar una vida social igual que las personas sin DI (con los apoyos necesarios).	SFE = 50	48	2	.826
	CFE = 62	60	2	
9. Con los apoyos necesarios, las personas con DI pueden demostrar las mismas capacidades y habilidades que las personas sin DI.	SFE = 50	46	4	.752
	CFE = 62	58	4	
10. Las personas con DI necesitan apoyo constante para muchos aspectos de la vida diaria; comer, beber, asearse, peinarse, vestirse, etc.	SFE = 50	7	43	.478
	CFE = 62	6	56	
11. Una persona con DI necesita de cuidados continuos y difícilmente llegará a independizarse.	SFE = 50	2	48	.567
	CFE = 62	4	58	
12. Con los apoyos necesarios, una persona con DI puede realizar cualquier tipo de formación académica (educación, primaria, secundaria, superior, etc.).	SFE = 50	40	10	.761
	CFE = 62	51	11	
13. La gran mayoría de las personas con DI presentan alteraciones de conducta (gritan, pegan, insultan, su comportamiento es antisocial, etc.).	SFE = 50	3	47	.922
	CFE = 62	4	58	
14. Comunicarse con personas con DI es más difícil que con personas sin discapacidad intelectual.	SFE = 50	19	31	.939
	CFE = 62	24	38	

Nota: SFE =sin formación específica; CFE=con formación específica

Al ser preguntados por otras cuestiones generales como la prevalencia de DI en España, el 8% de los participantes sin formación frente al 1,6% de aquellos que han recibido formación consideran que sea “Entre el 0 y el 1%”. El mayor porcentaje de respuestas se concentra para ambos grupos en la segunda opción “Entre el 1 y el 5%”. Por último, un 32% del grupo SFE y un 41,9% del grupo CFE distan aún más del dato más cercano a la realidad (1%), al escoger la opción “Más del 5%”.

La mayoría de encuestados coinciden en que tanto causas genéticas, cromosómicas, biológicas y ambientales pueden ser causantes de DI (72% del grupo sin formación frente al 75,8% de los participantes con formación).

Es posible que el conocimiento del que disponemos acerca de la DI pueda verse influido por situaciones que se han generado a lo largo de nuestras vidas al interactuar con este colectivo. Por este motivo, se analizan también estas mismas cuestiones teniendo en cuenta la variable “relación” con personas con DI (Tabla 3), no observando, de nuevo, diferencias estadísticamente significativas entre grupos en relación con conocimientos generales sobre DI.

Tabla 3.

Resultados preguntas tipo Likert sección de “Conocimientos generales” en función de la formación y tipo de relación con personas con DI.

Pregunta	Grupo	Respuesta		p
		Acuerdo	Desacuerdo	
1. Las personas con DI son violentas.	FR = 38	0	38	/
	FNR = 24	0	24	
	SFR = 15	0	15	
	SFNR = 35	0	35	
2. Las personas con DI pueden llevar una vida normal.	FR = 38	37	1	.515
	FNR = 24	22	2	
	SFR = 15	15	0	
	SFNR = 35	34	1	
3. La DI es una enfermedad.	FR = 38	3	35	.502
	FNR = 24	4	20	
	SFR = 15	1	14	
	SFNR = 35	2	33	
4. Las personas con DI tienen una personalidad tan equilibrada como cualquier persona.	FR = 38	29	9	.513
	FNR = 24	18	6	
	SFR = 15	14	1	
	SFNR = 35	28	7	

Tabla 3 (Cont.)

Resultados preguntas tipo Likert sección de “Conocimientos generales” en función de la formación y tipo de relación con personas con DI.

Pregunta	Grupo	Respuesta		p
		Acuerdo	Desacuerdo	
5. Las personas con DI pueden ser tan competentes profesionalmente como cualquier otra persona.	FR = 38	34	4	.192
	FNR = 24	23	1	
	SFR = 15	13	2	
	SFNR = 35	27	8	
6. La percepción que la sociedad tiene de las personas con DI influye en su inclusión.	FR = 38	36	2	.319
	FNR = 24	24	0	
	SFR = 15	14	1	
	SFNR = 35	35	0	
7. En muchos aspectos, se tiene a infantilizar a las personas con DI.	FR = 38	37	1	.606
	FNR = 24	23	1	
	SFR = 15	15	0	
	SFNR = 35	35	0	
8. Las personas con DI son capaces de llevar una vida social igual que las personas sin DI (con los apoyos necesarios).	FR = 38	37	1	.898
	FNR = 24	23	1	
	SFR = 15	14	1	
	SFNR = 35	34	1	
9. Con los apoyos necesarios, las personas con DI pueden demostrar las mismas capacidades y habilidades que las personas sin DI.	FR = 38	35	3	.480
	FNR = 24	23	1	
	SFR = 15	15	0	
	SFNR = 35	31	4	
10. Las personas con DI necesitan apoyo constante para muchos aspectos de la vida diaria; comer, beber, asearse, peinarse, vestirse, etc.	FR = 38	6	32	.158
	FNR = 24	0	24	
	SFR = 15	1	29	
	SFNR = 35	6	29	
11. Una persona con DI necesita de cuidados continuos y difícilmente llegará a independizarse.	FR = 38	4	34	.239
	FNR = 24	0	24	
	SFR = 15	0	15	
	SFNR = 35	2	33	
12. Con los apoyos necesarios, una persona con DI puede realizar cualquier tipo de formación académica (educación, primaria, secundaria, superior, etc.).	FR = 38	31	7	.862
	FNR = 24	20	4	
	SFR = 15	29	6	
	SFNR = 35	29	6	

Tabla 3 (Cont.)

Resultados preguntas tipo Likert sección de “Conocimientos generales” en función de la formación y tipo de relación con personas con DI.

Pregunta	Grupo	Respuesta		p
		Acuerdo	Desacuerdo	
13. La gran mayoría de las personas con DI presentan alteraciones de conducta (gritan, pegan, insultan, su comportamiento es antisocial, etc.).	FR = 38	3	35	.642
	FNR = 24	1	23	
	SFR = 15	0	15	
	SFNR = 35	3	32	
14. Comunicarse con personas con DI es más difícil que con personas sin discapacidad intelectual.	FR = 38	17	21	.635
	FNR = 24	7	17	
	SFR = 15	5	10	
	SFNR = 35	14	21	

Nota: FR=formación específica y relación directa; FNR=formación específica y no relación directa; SFR=sin formación específica y relación directa; SFNR=sin formación específica ni relación directa.

3.3. Conocimientos específicos y aplicados sobre Salud Mental y DI

Además de explorar el grado de acuerdo y desacuerdo de los participantes con respecto a una serie de afirmaciones relativas a conocimientos generales sobre DI y actitudes hacia la misma, quisimos explorar su conocimiento específico sobre aspectos relacionados con el tratamiento, intervención y conocimiento de recursos disponibles sobre salud mental para este colectivo (Tablas 4 y 5).

Tanto aquellos con formación específica como los que no disponen de la misma coinciden al afirmar que una persona con DI requerirá diferentes apoyos en la intervención terapéutica, debiendo ser tratada con el mismo respeto que cualquier persona, sin poder negarse a dar tal atención por la condición tener o no DI. Ambos grupos de profesionales (con y sin formación) consideran que los profesionales de salud mental no tienen formación adecuada y se observa necesario implementar una mayor formación de calidad en el ámbito educativo de la Psicología. Se hallan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en los ítems 3 (*Muchos de los síntomas psicopatológicos observados en población con DI son resultado de la propia discapacidad*) y 8 (*¿Considera que se requieren habilidades especiales para atender en terapia psicológica a personas con DI?*) (Tabla 4). Así, con respecto al ítem 3 se observa que un 44% del grupo sin formación opina que la sintomatología psicopatológica puede ser resultado de la propia DI, frente a un 22,6% del grupo que

ha recibido formación específica ($\chi^2 [1, N=112] = 5,822; p <.05$). Con respecto al ítem 8, el grupo más formado considera en mayor medida (un 74,2% frente al 44%) que son necesarias habilidades específicas para atender en terapia psicológica a personas con DI ($\chi^2 [1, N=112] = 10,579; p =.001$).

Al incorporar la variable 'relación con persona con DI' estas diferencias entre grupos se acentúan para el ítem 8, siendo aquellos que tienen formación específica y relación directa con el colectivo quienes en mayor medida (78,9%) consideran necesarias habilidades específicas para tratar los problemas de salud mental de este colectivo ($\chi^2 [3, N=112] = 11,573; p <.01$). Entre estas habilidades, los participantes destacan: paciencia (25,5%), mayor formación y conocimientos específicos (23,63%), empatía (20%), habilidades sociales y comunicativas (12,7%), saber adaptar procedimientos y técnicas de terapia (9,1%), mayor calidez y sensibilidad (7,3%) conocimiento de recursos específicos (3,6%), conocer sistemas alternativos de comunicación (3,6) y otras como "respeto", "dedicación", "motivación" o "creatividad".

Tabla 4.

Resultados preguntas tipo Likert sección "Conocimientos aplicados a Salud Mental" en función de la formación.

Ítem	Grupo	Respuesta		p
		Acuerdo	Desacuerdo	
1. En una intervención psicológica, las personas con DI requerirán distintos apoyos que las personas sin discapacidad.	SFE = 50 CFE = 62	40 55	10 7	.156
2. La sintomatología psicopatológica que pueden presentar las personas con DI varía de la observada en la población general.	SFE = 50 CFE = 62	18 18	32 44	.433
3. Muchos de los síntomas psicopatológicos observados en población con DI son resultado de la propia discapacidad.	SFE = 50 CFE = 62	22 14	28 48	.016*
4. El diagnóstico de problemas de salud mental en personas con DI resulta relativamente sencillo con sistemas de clasificación y diagnóstico como el DSM-5 o la CIE-11.	SFE = 50 CFE = 62	5 9	45 53	.472
5. Podría negarme a atender a una persona por el hecho de tener una DI.	SFE = 50 CFE = 62	2 1	48 61	.437

Tabla 4 (Cont.)

Resultados preguntas tipo Likert sección “Conocimientos aplicados a Salud Mental” en función de la formación.

Ítem	Grupo	Respuesta		p
		Acuerdo	Desacuerdo	
6. ¿Considera que los profesionales de salud mental no están lo suficientemente formados para atender a las personas con DI en temas de salud mental?	SFE = 50	42	8	.503
	CFE = 62	49	13	
7. ¿Cree que es necesario mejorar los planes de estudio para mejorar el proceso asistencial a personas con DI?	SFE = 50	49	1	.421
	CFE = 62	59	3	
8. ¿Considera que se requieren habilidades especiales para atender en terapia psicológica a personas con DI?	SFE = 50	22	28	.001*
	CFE = 62	46	16	

Nota: SFE =sin formación específica; CFE=con formación específica

Si bien no parece existir una asociación estadísticamente significativa entre disponer de una formación específica en DI y/o tener relación directa con personas con DI, y poseer un mejor conocimiento aplicado sobre aspectos referidos a su salud mental (todos los contrastes realizados sobre las cuestiones detalladas en la Tabla 5 arrojan valores de significación superiores a .05), se observan algunas diferencias en las respuestas de ambos grupos que sugieren que aquellos con formación específica (y en algunos casos relación con personas con DI añadida) pudieran tener un conocimiento ligeramente mayor sobre el tema.

El 64% de los profesionales con conocimientos específicos sobre DI –teniendo, además, el 41,9% relación directa con el colectivo- considera necesario solicitar siempre el consentimiento informado a la persona (independientemente de las modificaciones realizadas en su capacidad legal), frente al 50% de aquellos sin formación específica. Si bien ambos grupos coinciden al señalar la ansiedad y la depresión como los trastornos mentales más frecuentes en personas con DI, el 37,1% de aquellos profesionales formados en DI es sensible a la mayor prevalencia de problemas de salud mental y de conducta en este colectivo, frente al 28% de quienes no poseen tal formación.

Asimismo, un porcentaje mayor de profesionales con conocimientos específicos afirma conocer recursos de salud mental que puedan ser de utilidad para trabajar con personas con DI (26,5% frente al 14% de aquellos sin formación

específica). Sus respuestas aludieron principalmente a servicios públicos, sociales y/o asociaciones –nombrando algunas entidades como Plena Inclusión, ATADES, ASpace o Asprosub-, y, en algún caso aislado, a las unidades sanitarias especializadas (SESM-DI). También dicen conocer instrumentos de evaluación psicológica adaptados a este colectivo (37,1% frente al 20%) como la Prueba de Exploración Cambridge para la Valoración de Trastornos Mentales en Adultos con Síndrome de Down o Discapacidad Intelectual en su versión española (CAMDEX-DS), adaptada por Esteba-Castillo, Novell, Vilà y Ribas (2013), o adaptaciones concretas de criterios diagnósticos como el Manual de Diagnóstico de Enfermedades Mentales en Personas con Discapacidad Intelectual (DM-ID) en su edición española adaptada por García, Ruiz, Salvador-Carulla y Otón (2010) (16,1% frente al 4% de aquellos que no cuentan con conocimientos específicos sobre DI). Ante estas tres últimas cuestiones encontramos que aquellos participantes con formación específica y que además mantienen una relación más cercana con personas con DI son los que más datos aportan en todos los casos.

Tabla 5

Resultados preguntas multirespuesta de la sección de “Conocimientos aplicados a Salud Mental”

Pregunta	Grupo	Opciones de respuesta			p
		Siempre	Solo si no está incapacitado legalmente	Nunca (solicitar a padres, cuidadores o tutores)	
Debemos pedir el consentimiento informado a un paciente que tiene DI...	FR = 38	26	11	1	.376
	FNR = 24	14	10	0	
	SFR = 15	9	6	0	
	SFNR = 35	16	19	0	
		Mayor	Igual	Menor	
¿Cree que la presencia de trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual con respecto a la población general es...?	FR = 38	13	23	2	.537
	FNR = 24	10	12	2	
	SFR = 15	3	11	1	
	SFNR = 35	11	24	0	

Tabla 5 (Cont.)

Resultados preguntas multirespuesta de la sección de “Conocimientos aplicados a Salud Mental”

		Depresión	Ansiedad	TOC	Psicosis	Otro	
¿Cuál/es cree que son los trastornos más comunes en PDI? (*)	FR = 38	21	34	14	2	1	.167
	FNR = 24	20	19	9	3	2	
	SFR = 15	12	15	5	2	0	
	SFNR = 35	27	29	11	5	4	
		Sí		No			
¿Conoce recursos sobre salud mental que puedan ser de utilidad para trabajar con personas con DI?	FR = 38	8		30			.353
	FNR = 24	5		19			
	SFR = 15	4		11			
	SFNR = 35	3		32			
		Sí	No		No sabe		
¿Hay instrumentos de evaluación de salud mental adaptados a población con DI?	FR = 38	16	1		21		.140
	FNR = 24	7	3		14		
	SFR = 15	4	0		11		
	SFNR = 35	6	5		24		
		Sí	No		No sabe		
¿Hay algún manual de criterios diagnósticos de problemas de salud mental adaptado a población con DI?	FR = 38	8	8		21		.191
	FNR = 24	2	8		14		
	SFR = 15	0	3		12		
	SFNR = 35	2	10		23		

Nota: FR=formación específica y relación directa; FNR=formación específica y no relación directa; SFR=sin formación específica y relación directa; SFNR=sin formación específica ni relación directa (*). La pregunta tiene un formato multirespuesta donde varias opciones pueden ser seleccionadas.

4. DISCUSIÓN

El presente estudio tenía por objeto explorar los conocimientos generales y específicos que poseen sobre DI aquellas personas que están estudiando o se dedican profesionalmente al ámbito de la psicología, teniendo en cuenta distintas variables como el haber recibido formación específica en DI en programas formativos o tener relación cercana con este colectivo.

Pese a que el tema principal del discurso de los participantes haya sido mostrar el descontento general con la escasa formación recibida en los grados y másteres formativos en relación con la discapacidad, se pueden explorar algunos datos adicionales que han sido recogidos bajo los enunciados de las hipótesis establecidas.

En primer lugar, se comentará los resultados obtenidos a la hora de contrastar las hipótesis referentes a “conocimientos sobre DI” (1, 4 y 6):

- Hipótesis 1: Tener una formación más especializada (haber recibido contenidos sobre DI en algún ámbito ya sea laboral o académico) se asociará a un mejor conocimiento general y aplicado sobre salud mental y DI.
- Hipótesis 4: Las personas que además de tener conocimientos específicos mantienen una relación directa con el colectivo de personas con DI (familiar, laboral, amistad) manifestarán un mejor conocimiento sobre esta discapacidad que aquellos que nunca se han acercado a la misma.
- Hipótesis 6: Las personas con relación directa con el colectivo de personas con DI (familiar, laboral, amistad) opinarán, en mayor medida que aquellos que nunca se han acercado al mismo, que es necesaria más formación específica sobre salud mental de personas con DI.

Si bien no se hallaron diferencias estadísticamente significativas para la gran mayoría de los ítems que permitan afirmar grandes diferencias entre grupos en cuanto a su conocimiento general y aplicado sobre DI y salud mental (hipótesis 1), sí se observaron diferencias en dos aspectos concretos, referidos a la presencia de problemas de salud mental en personas con DI y su posterior tratamiento. Así, aquellos con formación específica conocen el ya denominado ‘efecto eclipsador de la DI’ y afirman (en mayor medida que aquellos sin formación) que la sintomatología psicopatológica no es resultado de presentar una DI. Asimismo, consideran más necesarias habilidades específicas para tratar los problemas de salud mental en este grupo poblacional. Las diferencias entre grupos en ambos aspectos se acentúan al tener en cuenta la variable “relación directa con personas con DI” (hipótesis 4).

Estos datos nos llevan a afirmar, como ya ha señalado la literatura (Ayuso et al., 2011; Folch et al., 2017; Salvador-Carulla et al., 2015; Peña et al, 2018; Verdugo y Navas, 2017) que sigue siendo frecuente, especialmente entre aquellos sin formación concreta, que los síntomas psicopatológicos pasan desapercibidos y se atribuyan a la propia DI, lo que pudiera generar un gran número de falsos negativos.

Es posible que tanto las dificultades antes referidas sobre el diagnóstico de problemas de salud mental en población con DI como la escasez de instrumentos apropiados para su evaluación, contribuyan a esta errónea percepción. De hecho, los propios participantes enfatizan en sus respuestas la falta de conocimientos sobre recursos para la evaluación e intervención con población con DI.

En este sentido, son muy pocos los encuestados capaces de mencionar servicios sanitarios especializados en salud mental y discapacidad (SESM-DI) o herramientas de evaluación y diagnóstico adaptadas a esta población. Las unidades especializadas (SESM-DI) son servicios puestos en marcha que aún no parecen ser conocidos, y en los cuales se estima que, en un futuro, serán necesarios centenares de profesionales de salud mental formados adecuadamente en el diagnóstico dual y en DI (Folch et al., 2017). Resulta por tanto sumamente importante incrementar la formación de futuros psicólogos en DI, en tanto que la intervención con esta población aparece como un campo de trabajo futuro de relevancia.

También se han observado diferencias entre grupos (formación/sin formación) a la hora de considerar necesarias una serie de aptitudes para trabajar con personas con DI. Las personas con mayor formación sobre DI -siendo más significativo en el caso de aquellas que además tienen una relación cercana con personas con DI-, comentan la importancia de contar con determinadas habilidades para la intervención con este grupo poblacional, señalando algunas como “paciencia, sensibilidad o calidez”, siendo precisamente esta última la característica más valorada –incluso por encima de la experiencia profesional- por los familiares de personas con DI según Mansell (2010), citado por Verdugo y Navas (2017).

Pese a que los encuestados opinan que las personas con DI requieren de una atención psicológica de calidad al igual que la población general, y afirman correctamente que la prevalencia de trastornos psiquiátricos es mayor en este colectivo con respecto a la población general, parece ser que buena parte de los participantes no es conocedor de la prevalencia real de personas con DI en nuestro país al ser algo más de un tercio aquellos que afirman que es superior al 5%, siendo el dato real aproximadamente del 1% (Peña et al., 2018).

Adicionalmente, se hipotetizó que aquellas personas con relación directa con personas con DI (familiar, laboral y/o amistad), considerarían en mayor medida necesaria esta formación en comparación con aquellos que no mantienen relación alguna con el colectivo (hipótesis 6). Casi el 95% de la muestra ve necesario incrementar la formación en discapacidad en el marco educativo, sin observar diferencias entre grupos.

Para finalizar, se presentan los resultados referidos a las hipótesis restantes, más relacionadas con el impacto de la formación en las actitudes hacia las personas con DI (2, 3 y 5);

- Hipótesis 2: Tener una formación más especializada (haber recibido contenidos sobre DI en algún ámbito, ya sea laboral o académico), se asociará a una actitud menos negativa hacia las personas con DI y el trabajo con las mismas.
- Hipótesis 3: Las personas que tienen mayor formación específica se sentirán más cómodos trabajando con personas con DI que aquellos sin formación específica.
- Hipótesis 5: Las personas que además de tener conocimientos específicos mantienen una relación directa con el colectivo de personas con DI (familiar, laboral, amistad) manifestarán una actitud menos negativa hacia el mismo que aquellos que nunca se han acercado a él.

Encontramos que la mayoría de los participantes muestran una actitud favorable y conciben a las personas con DI como un grupo poblacional capaz de llevar una vida normal a cualquier nivel –laboral, social- con los apoyos necesarios, abandonando esa percepción de la DI como enfermedad. Todos los grupos consideran que, en ocasiones, se tiende a infantilizar a este colectivo. Se rechazan por tanto las hipótesis 2 y 3 que planteaban una asociación significativa entre la mayor formación y mejores actitudes hacia la discapacidad.

Aunque casi la totalidad de los participantes considera que es innegable la terapia por el hecho de tener discapacidad y que la salud mental de este colectivo es especialmente importante, solo un 6% del grupo sin formación frente al 22,6% de participantes con formación muestra interés en trabajar con este colectivo. De nuevo, encontramos que aquellas personas que comparten una relación directa además de una formación específica en DI, están más dispuestas a trabajar en este ámbito (26,3% frente al 5,7% de aquellos sin formación ni relación). Parece ser que las personas con discapacidad son vistas como un grupo poblacional hacia el que haya que dirigir de manera concreta e interesada la atención, siendo necesario explorar en futuros estudios hasta qué punto los profesionales de la psicología consideran que su actividad profesional debe dirigirse a todas las personas sin excepción.

Se esperaba encontrar que aquellas personas con formación específica sobre DI, se sintieran o hubieran sentido en mayor medida más cómodos en el trato con personas con DI que aquellas personas sin formación específica. El análisis realizado, no obstante, no arroja diferencias estadísticamente significativas entre grupos (con y sin formación) que cuentan con experiencia de trabajo en DI. La mayor parte de los encuestados dice haberse sentido cómodo (el 88,6%). No obstante, hemos de tener en cuenta que, a pesar de la disposición para trabajar con este colectivo, el 70%

afirma haber sentido malestar o frustración por no saber cómo actuar adecuadamente, siendo bastante superior en el caso de aquellos sin formación (78,1% frente al 63,8%). Como exponen Salvador-Carulla et al. (2015) en su revisión, los profesionales se sienten abrumados ante situaciones con personas con DI ante las que no se ven preparados, viéndose mermada la calidad de la atención a los pacientes, lo que de nuevo señala la importancia de optimizar la práctica y preparación de los profesionales.

Analizando las respuestas de aquellos que aún no han tenido la oportunidad de trabajar, sí se observa que aquellos sin formación específica se sentirían más incómodos trabajando con personas con DI (42,9% frente al 34,6% de aquellos con formación). Estos datos, permitirían, en parte, confirmar la hipótesis 3 (Las personas que tienen mayor formación específica se sentirán más cómodos trabajando con personas con DI que aquellos sin formación específica).

La muestra de este estudio ha expresado su descontento debido a la cantidad de conocimiento teórico –que además es demasiado general- frente a las escasas oportunidades de formación práctica con población con DI. Como aseguran Salvador-Carulla et al. (2015) la formación educativa que se ofrece en la actualidad en España –y a nivel europeo-, es escasa y necesita cambios, lo que ha obligado en un 35,7% de los participantes a buscar formación complementaria fuera de grados y posgrados. Un insuficiente conocimiento práctico también queda reflejado en el trato que los profesionales sanitarios ofrecemos al colectivo de personas con DI ante situaciones para las que no nos sentimos capacitados, lo que puede originar situaciones de discriminación en el trato recibido por parte de los pacientes con DI (Ali et al., 2013; Verdugo y Navas, 2017).

Este trabajo no está exento de limitaciones. La primera se refiere al tamaño muestral (N=112), destacando, además, la superior proporción de mujeres participantes en la encuesta 80,4% (n=90). Esto ha impedido el análisis de resultados teniendo en cuenta la variable “género”. Esta cuestión podría haber sido relevante, en tanto que algunos estudios señalan un mayor interés por parte de las mujeres a la hora de trabajar con personas con discapacidades del desarrollo (Havercamp et al., 2016).

Tampoco ha habido una distribución equivalente entre los estudiantes de distintas universidades, ni distintos proyectos formativos (grado, máster, PIR, profesionales con experiencia), siendo mayoritario el número estudiantes de grado en la Universidad de Granada y Salamanca. Pese a tener constancia de que los

contenidos sobre discapacidad en las titulaciones son escasos (Navas, 2019), los datos obtenidos han impedido analizar si existen diferencias entre centros de educación superior.

Si bien la encuesta recoge varias cuestiones interesantes con respecto a la formación recibida y la percepción sobre la necesidad (o no) de mejorar los planes de estudios, la cantidad de preguntas realizadas ha dificultado realizar un análisis cualitativo de las respuestas abiertas.

Por último, futuras líneas de trabajo debieran tener en cuenta la opinión de las personas con DI sobre la atención psicológica que reciben, dándoles la oportunidad de mostrar sus inquietudes y pensamientos acerca de los profesionales con los que tratan. Esto nos permitirá reflexionar sobre nuestras capacidades y limitaciones a la hora de intervenir psicológicamente con población con discapacidad intelectual.

5. CONCLUSIONES

Tras los datos presentados podemos afirmar como conclusión general, y en concordancia con diversos estudios señalados a lo largo del trabajo, que existe una importante necesidad de cambiar determinados aspectos en el sistema educativo con el fin de optimizar la capacitación y preparación de profesionales de la salud mental en materia de DI para ofrecer un servicio digno. Se observa, no obstante, una evolución en la concepción que los profesionales de la psicología tenemos sobre la DI, abandonando el modelo médico y adoptando una visión biopsicosocial.

Las conclusiones principales del estudio, son:

- La visión de los participantes sobre la DI ha dejado atrás un modelo reduccionista de enfermedad, abogando por una visión de la discapacidad enmarcada en un modelo de apoyos.
- Los participantes son conscientes de la escasez de formación que se imparte en las titulaciones de Psicología y manifiestan la importancia de mejorar la carga lectiva dirigida a la discapacidad intelectual así como dotar al alumnado de recursos necesarios para ello.

- Si bien se lleva describiendo desde hace décadas, el 'efecto eclipsador' de la DI sigue presente en muchos psicólogos, lo que puede dificultar una correcta evaluación y posterior intervención.
- La formación y el conocimiento de la DI permite tener una mayor disposición a trabajar con este colectivo y elimina en cierto grado la incomodidad e incertidumbre a la hora de trabajar con el mismo.

6. REFERENCIAS

- Ali, A. King, M. Strydom, A. y Hassiotis, A. (2015). Self-reported stigma and symptoms of anxiety and depression in people with intellectual disabilities: Findings from a cross sectional study in England. *Journal of Affective Disorders*, 187, 224-231.
- Ali, A., Scior, K., Ratti, V., Strydom, A., King, M. y Hassiotis, A. (2013). Discrimination and other barriers to accessing health care: perspectives of patients with mild and moderate intellectual disability and their carers. *Plos One*, 8(8), 1-13.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- 5)*, (5ª Ed). Madrid: Panamericana.
- Arias, V., Arias, B., Verdugo, M. Á., Rubia, M. y Jenaro, C. (2016). Evaluación de actitudes de los profesionales hacia las personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 47(2), 7-41.
- Axmon, A., Karlsson, B. y Ahlstrom, G. (2016). Health care utilisation among older persons with intellectual disability and dementia: a registry study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(12), 1165-1177.
- Ayuso, J. L., Martorell, A., Novell, R., Salvador-Carulla, L. y Tamarit, J. (2011). *Discapacidad Intelectual y Salud Mental: Guía Práctica*. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales.
- Boletín Oficial del Estado (BOE) (2009). *Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica*. Ministerio de Sanidad y Política Social: Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-10107> el día 27 de febrero de 2020.
- Boletín Oficial del Estado (BOE) (2013). *Orden ECD/1070/2013, de 12 de junio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Máster en Psicología General Sanitaria que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario*. Ministerio de Sanidad y Política Social: Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2013/06/14/pdfs/BOE-A-2013-6412.pdf> el día 27 de febrero de 2020.

- Bouras, N. (2007). *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (1ª ed.). Londres: Cambridge University Press.
- Cohen, I., Tsiouris, J., Flory, M., Kim, S., Freedland, R., Heaney, G. y Brown, W. T. (2010). A large scale study of the psychometric characteristics of the IBR modified overt aggression scale: Findings and evidence for increased self-destructive behaviors in adult females with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(5), 599-609.
- Cooper, S., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. y Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27-35.
- Córdoba, L., Restrepo, A., Tamayo, J., Peña, M., y Verdugo, M. Á. (2010). Variables personales, familiares y sociales asociadas a comorbilidad entre retraso mental y trastornos mentales en adultos. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 13-28.
- Esteba-Castillo, S., Novell, R., Vilà, M. y Ribas, N. (2013). *Prueba de Exploración Cambridge para la valoración de los Trastornos Mentales en Adultos con Síndrome de Down o con Discapacidad Intelectual*. TEA Ediciones: Madrid.
- Esteba-Castillo, S., Vidal, N., Dilmé, M. y Novell, R. (2006). Envejecimiento saludable en personas con síndrome de Down y demencia: necesidad de promover programas de formación y soporte a los usuarios, familias y entidades. *Revista Médica internacional sobre el Síndrome de Down*, 10(2), 25-29.
- Folch A., Cortés, M. J., Salvador-Carulla, L., Kazah-Soneyra, N., Irazábal-Giménez, M., Muñoz-Lorente, S. y Martínez-Leal, R. (2017). Nuevas consideraciones sobre la salud de las personas con trastornos del desarrollo intelectual. *Salud Pública de México*, 59, 454-461.
- Folch, A., Salvador-Carulla, L., Vicens, P., Cortés, M. J., Irazábal, M., Muñoz, S. y Martínez-Leal, R. (2019). Health indicators in intellectual developmental disorders: The key findings of the POMONA-ESP project. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(1), 23-34.
- Fredheim, T., Haavet, O. R., Danbolt, L. J., Kjønberg, K. y Lien, L. (2013). Intellectual disability and mental health problems: a qualitative study of general practitioners' views. *British Medical Journal*, 3(3), 1-7.

- García, C., Ruiz, M., Salvador-Carulla, L. y Otón, V. (2010). *Manual Diagnóstico - Discapacidad Intelectual (DM-ID): Guía Clínica para el diagnóstico de enfermedades mentales en personas con discapacidad intelectual*. Down España: Barcelona.
- García, J., Feliu, T., Usón, M., Ródenas, A., Aguilera, F. y Ramos, R. (2009). Trastornos invisibles: las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta. *Siglo Cero*, 230(40), 38-60.
- Hahn, J., Fox, S. y Janicki, M. (2015). Aging among older adults with intellectual and developmental disabilities: Setting national goals to address transitions in health, retirement, and late-life. *Inclusion*, 3(4), 250-259.
- Havercamp, S. y Scott, H. (2015). National health surveillance of adults with disabilities, adults with intellectual and developmental disabilities, and adults with no disabilities. *Disability and Health Journal*, 8(2), 165-172.
- Havercamp, S., Ratliff-Schaub, K., Navas, P., Johnson, C. N., Bush, K. L. y Souders, H. T. (2016). Preparing tomorrow's doctors to care for patients with autism spectrum disorder. *Intellectual and Developmental disabilities*, 54(3), 202-216.
- He, P., Chen, G., Wang, Z., Guo, C., Li, N., Yun, C. y Zheng, X. (2018). Adults with intellectual disabilities in China: comorbid psychiatric disorder and its association with health service utilisation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(2), 106-114.
- Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, IVIE (2019). *Listado U-Ranking*. Recuperado de <https://www.u-ranking.es/analisis.php> el día 3 de febrero de 2020.
- Jahoda, A., Hastings, R., Hatton, C., Cooper, S., Dagnan, D., Zhang, R. y Scott, K. (2017). Comparison of behavioural activation with guided self-help for treatment of depression in adults with intellectual disabilities: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 909-919.
- Leturia, F., Díaz, O, Sannino, C. y Martínez, R. (2014). La atención sanitaria a las personas con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 2(1), 151-164.
- Lunsky, Y., White, S., Palucka, A., Weiss, J., Bockus, S. y Gofine, T. (2010). Clinical outcomes of a specialised inpatient unit for adults with mild to severe

intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(1), 60-69.

Martorell, A., González, C. y Gutiérrez, P. (2015). *Validación española del PAS-ADD Checklist para personas con discapacidad intelectual*. Madrid: Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

Mirón, J., Iglesias, H., Alonso, M., Sánchez, S., Ignacio, C., Chamorro, A., Santacruz, S., Hernández, E., Santos, J., Fernández, C. y Lorenzo-Gómez, M. (2019). Educación inclusiva en Medicina: una experiencia formativa sobre personas con discapacidad. *Educación Médica*, 20, 16-24.

Navas, P. (2019). *Proyecto docente e investigador para el acceso al cuerpo de Profesores Titulares de Universidad* (sin publicar). Salamanca: Universidad de Salamanca.

Navas, P., Llorente, S., García, L., Tassé, M. J., y Haverkamp, S. M. (2019). Improving healthcare access for older adults with intellectual disability: What are the needs?. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(6), 1453-1464.

Navas, P., Uhlmann, S. y Berástegui, A. (2014). *Envejecimiento activo y discapacidad intelectual*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Subdirección General de Documentación y Publicaciones.

Navas, P., Verdugo, M. Á., Martínez, S., Sainz, F. y Aza, A. (2017). Derechos y calidad de vida en personas con discapacidad intelectual y mayores necesidades de apoyo. *Siglo Cero*, 48(4), 7-66.

Novell, R., Rueda, P., Salvador-Carulla, L. y Forgas, E. (2002). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid: FEAPS.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2006). *Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Ginebra: Asamblea General Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de:

https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1 el día 3 de marzo de 2020.

Peña, C., Arrufat, F., Fontanet, A., García, N., Más, S., Roura, P. y Santos, J. (2018). El infradiagnóstico del trastorno mental en la población con discapacidad intelectual: estudio de prevalencia en población con diferentes grados de discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 48(3), 27-39.

Pérez, R. (2012). *Trastornos de la salud mental en las personas con discapacidad intelectual: Declaración FEAPS e informe técnico*. FEAPS: Madrid.

Salvador-Carulla, L., Martínez-Leal, R., Heyler, C., Alvarez-Galvez, J., Veenstra, M. Y., García-Ibáñez, J. Carpenter, S., Bertelli, M., Munir, K. Torr, J., y Van Schrojenstein, H. (2015). Training on intellectual disability in health sciences: the European perspective. *International Journal of Developmental Disabilities*, 61(1), 20-31.

Salvador-Carulla, L. y Novell, R. (2003). Problemas de conducta en el retraso mental. *Siglo Cero*, 34(2), 78-86.

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy S. A., Bradley V. J., Buntinx W. H., Coulter D. L., Craig, E. M. y Yeager M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Serveis Villablanca (2018). *Servicios especializados de discapacidad intelectual y salud mental*. Recuperado de; http://www.serveisvillablanca.cat/spa/item/VSA_DISM.html el día 13 de febrero de 2020.

Sheehan, R., Hassiotis, A., Walters, K., Osborn, D., Strydom, A. y Horsfall, L. (2015). Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study, *British Medical Journal*, 351, 1-9.

Smith, M., Manduchi, B., Burke, É., Carroll, R., McCallion, P. y McCarron, M. (2020). Communication difficulties in adults with Intellectual Disability: Results from a national cross-sectional study. *Research in Developmental Disabilities*, 97, 1-12.

- Tassé, M. (2013). ¿Qué son las limitaciones significativas en conducta adaptativa de las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo? *Siglo Cero*, 44(1), 22-33.
- Tassé, M., Bertelli, M., Kates, W. Simon, E. y Navas, P. (2017). Intellectual disability (Intellectual disability disorder). En R. Fletcher, S. A. Cooper y J. Barnhill. *Diagnostic Manual-Intellectual Disability*, (pp. 75-90). Nueva York: NADD Press.
- Truesdale, M., Brown, M., Taggart, L., Bradley, A., Paterson, D., Sirisena, C. y Karatzias, T. (2019). Trauma-informed care: A qualitative study exploring the views and experiences of professionals in specialist health services for adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(6), 1437-1445.
- Verdugo, M. Á. y Navas, P. (2017). *Todos somos todos: Derechos y calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y mayores necesidades de apoyo*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Verdugo, M. Á., Arias, B. y Jenaro, C. (1994). *Actitudes hacia las personas con minusvalía*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Verdugo, M. Á., Guillén, V. M. y Vicente, E. (2014). Discapacidad intelectual. En L. Ezpeleta y J. Toro (Coord.). *Psicopatología del desarrollo* (pp. 169-190). Madrid: Pirámide.
- Wark, S., Hussain, R. y Edwards, H. (2016). The main signs of ageing in people with intellectual disability. *Australian Journal of Rural Health*, 24(6), 357-362.

7. ANEXOS

Anexo I. Encuesta sobre discapacidad intelectual.

Formación sobre Discapacidad Intelectual

Buenos días/ tardes/ noches, mi nombre es Guillermo Cejuela de Padua y estoy realizando un estudio sobre la formación que tienen psicólogos y estudiantes de psicología sobre Discapacidad Intelectual. Sus respuestas son anónimas y garantizamos la confidencialidad de los datos, pues en ningún momento solicitaremos datos de identificación (como nombre y apellidos o NIF) y las respuestas, además, serán tratadas de manera agregada. Le agradeceríamos por tanto que contestase al formulario con total sinceridad.

Responda las preguntas pensando en la generalidad de la población con discapacidad intelectual (en adelante, DI), no en casos extremos. Le recordamos que por DI entendemos aquella condición que "se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años" (Schalock et al., 2010).

La encuesta le llevará unos 15 minutos.

¡Comenzamos!

***Obligatorio**

1. *

Selecciona todos los que correspondan.

He leído y comprendo las instrucciones que se me acaban de proporcionar y entiendo que la información que facilite será tratada de manera absolutamente confidencial.

Datos sociodemográficos

Conteste unas breves preguntas sobre usted

2. Sexo *

Marca solo un óvalo.

Hombre

Mujer

Otro

3. Edad *

4. ¿A qué se dedica actualmente? *

Selecciona todos los que correspondan.

- Estudio el grado en Psicología
- Estudio el Máster en Psicología General Sanitaria
- Realizo el programa formativo de Psicólogo Interno de Residente (PIR)
- Trabajo como psicólogo clínico o sanitario

Otro: _____

5. Indique también la formación que haya realizado en Psicología

Indique tantas opciones como requiera

Selecciona todos los que correspondan.

- Grado/ Licenciatura en Psicología
- Máster en Psicología General Sanitaria
- Programa formativo de Psicólogo Interno de Residente (PIR)

Otro: _____

6. Indique la Universidad donde cursa/ ha cursado el Grado en Psicología *

Indique el año si lo está actualmente cursando (Por ejemplo: Primer año, Universidad de Salamanca - USAL)

7. En caso de que así sea, indique la universidad donde cursa/ ha cursado el Máster en Psicología General Sanitaria

Indique el año si lo está actualmente cursando (Por ejemplo: Primer año, Universidad de Salamanca - USAL)

8. En caso de que así sea, indique el hospital y ciudad donde realiza el programa de Psicólogo Interno Residente (PIR)

Indique el año si lo está actualmente realizando (Por ejemplo: Primer año, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid)

Preguntas sobre formación

Las siguientes preguntas tienen como objeto saber si ha recibido formación sobre DI

9. ¿Ha cursado formación específica sobre discapacidad intelectual (DI) a lo largo del grado/ máster/residencia como Psicólogo Residente (PIR)? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

10. En caso afirmativo, indique la asignatura, programa formativo y universidad o centro en que la cursó.

(Por ejemplo: Psicología de la Discapacidad en la Facultad de Psicología de la USAL):

11. ¿Ha recibido formación específica sobre DI fuera del grado, máster o PIR? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

12. En caso afirmativo indique dónde (voluntariado, cursos complementarios, congresos, jornadas):

13. ¿Ha tenido o tiene relación con personas con DI? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

14. En caso afirmativo indique el tipo de relación

Selecciona todos los que correspondan.

Amigo/a

Familiar

Otro: _____

15. ¿Ha trabajado alguna vez como psicólogo con personas con DI? En caso afirmativo, ¿cómo se sintió? y en caso negativo ¿cómo se sentiría atendiéndolas?

Selecciona todos los que correspondan.

	Cómodo	Incómodo	No sabe
Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Le genera (o ha generado) frustración o malestar no saber cómo atender a personas con DI? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

Nunca he tenido contacto por personas con DI

17. ¿Considera que su formación es suficiente para atender adecuadamente a personas con DI? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

18. En caso de haber respondido "no" en la respuesta anterior, indique el porqué:

19. ¿Considera que se debería implantar formación específica sobre atención a la salud mental de personas con DI en el grado/máster/PIR? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

20. Indique brevemente por qué considera si debería o no implantarse formación específica sobre DI *

21. ¿Le gustaría dedicarse profesionalmente a trabajar como psicólogo atendiendo a personas con DI? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 Tal vez
 Ya trabajo con personas con DI

Conocimientos
generales sobre DI

En este apartado se le preguntarán algunos conceptos generales sobre DI.

Deberá contestar a las siguientes preguntas marcando la opción que más se asemeje a su opinión.

Recuerde, please en personas con DI a nivel general, no en casos muy severos.

Marca solo un óvalo por fila.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Las personas con DI son violentas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las personas con DI pueden llevar una vida normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La DI es una enfermedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las personas con DI tienen una personalidad tan equilibrada como cualquier otra persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las personas con DI pueden ser tan competentes profesionalmente como cualquier otra persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La percepción que la sociedad tiene de las personas con DI influye en su inclusión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En muchos aspectos, se tiende a infantilizar a las personas con DI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las personas con DI son capaces de llevar una vida social igual que las personas sin DI (con los apoyos necesarios)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Con los apoyos necesarios, las personas con DI pueden demostrar las mismas capacidades y habilidades que las personas sin DI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las personas con DI necesitan apoyo constante para muchos aspectos de la vida diaria; comer, beber,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

asearse, peinarse, vestirse,
etc.

Una persona con DI necesita
de cuidados continuos y
difícilmente llegará a
independizarse.

Con los apoyos necesarios,
una persona con DI puede
realizar cualquier tipo de
formación académica
(educación primaria,
secundaria, superior, etc.)

La gran mayoría de las
personas con DI presentan
alteraciones de conducta
(gritan, pegan, insultan, su
comportamiento es
antisocial, etc.)

Comunicarse con personas
con DI es más difícil que con
personas sin discapacidad
intelectual

23. ¿Cuál cree que es la prevalencia de personas con DI en España? *

Marca solo un óvalo.

- Entre el 0 y el 1%
 Entre el 1 y el 5%
 Más del 5%

24. Marque todas las opciones que considere pueden constituir causas de DI: *

Selecciona todos los que correspondan.

- Trastorno genético
 Trastorno cromosómico
 Causas biológicas y orgánicas
 Causas ambientales

Conocimientos
aplicados a Salud
Mental

En esta última sección, el objetivo es comprobar algunos conocimientos sobre DI aplicados a la salud mental.

Marca solo un óvalo por fila.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
En una intervención psicológica, las personas con DI requerirán distintos apoyos que las personas sin discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La sintomatología psicopatológica que pueden presentar las personas con DI varía de la observada en la población general	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muchos de los síntomas psicopatológicos observados en población con DI son resultado de la propia discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El diagnóstico de problemas de salud mental en personas con DI resulta relativamente sencillo con sistemas de clasificación y diagnóstico como el DSM-5 o la CIE-11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podría negarme a atender a una persona por el hecho de tener una DI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Considera que los profesionales de salud mental no están lo suficientemente formados para atender a las personas con DI en temas de salud mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cree que es necesario mejorar los planes de estudio para mejorar el proceso asistencial a personas con DI?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Considera que se requieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

habilidades especiales para atender en terapia psicológica a personas con DI?

26. Si ha contestado afirmativamente a la anterior pregunta ¿Qué tipo de habilidades cree que son necesarias para trabajar con personas con DI en el área de salud mental?
-

27. Debemos pedir el consentimiento informado a un paciente que tiene DI... *

Marca solo un óvalo.

- Siempre
- Solo si no está incapacitado legalmente
- Nunca (se ha de solicitar a sus padres, cuidadores o tutores legales si los tiene)

28. ¿Cree que la presencia de trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual con respecto a población general es...? *

Marca solo un óvalo.

- Mayor
- Igual
- Menor

29. ¿Cuáles cree que son los trastornos mentales más comunes en personas con DI? *

Marque tantos como considere

Selecciona todos los que correspondan.

- Depresión
 Ansiedad
 Trastorno obsesivo-compulsivo
 Psicosis

Otro: _____

30. ¿Conoce recursos sobre salud mental que puedan ser de utilidad para trabajar con personas con DI? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

31. En caso afirmativo, indique cuáles

32. ¿Hay instrumentos de evaluación de salud mental adaptados a población con DI? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 No sabe

33. En caso afirmativo, indique cuáles

34. ¿Hay algún manual de criterios diagnósticos de problemas de salud mental adaptado a población con DI? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe

Fin de la encuesta

Muchas gracias su amabilidad y el tiempo dedicado a responder esta encuesta.
