

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

Terapia Dialéctico Conductual para adultos con discapacidad intelectual y desregulación emocional.

Regner, Florencia.

Cita:

Regner, Florencia (2024). *Terapia Dialéctico Conductual para adultos con discapacidad intelectual y desregulación emocional*. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/33>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/yGE>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL PARA ADULTOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y DESREGULACIÓN EMOCIONAL

Regner, Florencia

GCBA. Hospital General de Agudos "Dr. J. M. Ramos Mejía". Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En la actualidad se considera que una persona tiene discapacidad intelectual cuando presenta limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, las cuales deben ser diagnosticadas antes de los 18 años (Schalock et al., 2010). La prevalencia de la discapacidad intelectual en todo el mundo varía de un 1% a un 3% (Harris, 2016). La etiología de la discapacidad intelectual es heterogénea, se han identificado más de 250 causas. La presencia de un trastorno mental en individuos con discapacidad intelectual es hasta 4 o 5 veces mayor respecto a la población general, con el consecuente deterioro asociado y problemas comórbidos de salud. Dentro de la heterogeneidad de la población que consulta en el hospital público, nos encontramos con frecuencia con adultos con discapacidad intelectual y desregulación emocional. El objetivo del presente escrito será el de explorar intervenciones dirigidas a la adaptación de tratamientos para este tipo de población. Recientemente, se ha comenzado a investigar sobre la eficacia de terapias contextuales adaptadas a población con discapacidad intelectual. Asimismo, se desarrollarán las particularidades de la terapia dialéctico conductual y su adaptación, la cual podría ser una opción para pensar tratamientos individualizados y ajustados a la necesidad de cada consultante.

Palabras clave

Discapacidad - Terapia conductual - Desregulación emocional - Tratamiento

ABSTRACT

DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY FOR ADULTS WITH INTELLECTUAL DISABILITY AND EMOTIONAL DYSREGULATION

Currently, a person is considered to have intellectual disability when they present limitations in intellectual functioning and adaptive behavior, which must be diagnosed before the age of 18 (Schalock et al., 2010). The prevalence of intellectual disability worldwide varies from 1% to 3% (Harris, 2016). The etiology of intellectual disability is heterogeneous, with more than 250 causes having been identified. The presence of a mental disorder in individuals with intellectual disability is up to 4 or 5 times higher than in the general population, with the consequent associated deterioration and comorbid health problems. Within

the heterogeneity of the population that consults in the public hospital, we frequently find adults with intellectual disability and emotional dysregulation. The objective of this paper will be to explore interventions aimed at adapting treatments for this type of population. Recently, research has begun on the effectiveness of contextual therapies adapted to the population with intellectual disability. The particularities of dialectical behavioral therapy and its adaptation will also be discussed, which could be an option for considering individualized treatments tailored to the needs of each client.

Keywords

Disability - Conductual therapy - Emotional dysregulation - Treatment

Discapacidad intelectual

En la actualidad se considera que una persona tiene discapacidad intelectual cuando presenta limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa. Estas limitaciones deben ser diagnosticadas antes de los 18 años (Schalock et al., 2010). Se han realizado diversas encuestas para determinar la prevalencia de la discapacidad intelectual en todo el mundo, con estimaciones que varían de un 1% a un 3% (Harris, 2016). La etiología de la discapacidad intelectual es heterogénea, se han identificado más de 250 causas. Dichas causas pueden ser prenatales, perinatales o postnatales y pueden ser clasificadas como ambientales u orgánicas. Sin embargo, no se conoce la causa exacta de la mayoría de los casos. A pesar de esto, el conocimiento de la etiología del trastorno es vital para los intentos de prevenir la incidencia de la discapacidad y para influir en el tipo de intervención educativa (Videa, 2016).

Según Schalock (2018), en las últimas décadas, una serie de ideas y conceptos han modificado la forma en que la sociedad ve a las personas con discapacidad y discapacidades del desarrollo. En el DSM V (2013) estos cambios fueron contundentes, donde se adaptaron propuestas del undécimo manual de la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD, 2011). En esta versión del DSM, se reemplazó el término Retraso Mental por el de Discapacidad Intelectual, con el fin de superar la estigmatización del primer término y también de modificar los criterios diagnósticos de la entidad. El coeficiente

intelectual ya no es considerado lo principal para definir la discapacidad intelectual ni su severidad. De esta forma, se retira el foco de la capacidad del individuo y se enumeran sólo los déficits en las funciones intelectuales. Dichos déficits o alteraciones son explorados a través de evaluaciones neuropsicológicas en las áreas de razonamiento, planificación, resolución de problemas, juicio, pensamiento abstracto, aprendizajes académicos y experiencia adquirida. Además, se le brinda mayor importancia a la valoración del desenvolvimiento de la persona en su vida diaria (Wahlberg, 2014).

Comorbilidades en discapacidad intelectual

Según Lindsay y colaboradores (2015) existen posturas encontradas con respecto a la comorbilidad entre trastornos mentales y discapacidad intelectual. Por un lado, algunos autores afirman que la prevalencia reportada de desórdenes emocionales en población con discapacidad intelectual es variada, pero que los resultados son consistentes con la prevalencia en población general, variando de un 4 a 8 %. Las problemáticas más usuales son las de ansiedad y depresión (Cooper et al., 2007). Sin embargo, algunos estudios destacan las altas tasas de comorbilidad en esta población respecto de aquella que no presenta discapacidad intelectual, estimándose que la presencia de un trastorno mental en individuos con discapacidad intelectual es hasta 4 o 5 veces mayor respecto a la población general (Márquez-Caraveo et al., 2011).

Esta heterogeneidad en la prevalencia de trastornos emocionales en personas con discapacidad intelectual podría tener relación con la dificultad que existe en diagnosticar trastornos mentales en esta población. Por un lado, existen particularidades que este tipo de población presenta en la comunicación y al momento de registrar experiencias emocionales. Esto podría conducir a una población infra diagnosticada. Diversos autores han expuesto que existe un eclipsamiento entre diagnóstico-conducta cuando en la presentación clínica priman los problemas de conducta. A veces, dichas conductas, al ser disruptivas, oscurecen o eclipsan algún trastorno mental subyacente, e incluso podrían ser indicadoras de este (Hemmings et al., 2013). Por otro lado, las personas con discapacidad intelectual tienen un mayor riesgo de experimentar niveles elevados de estrés (Hartley & MacLean, 2009). Una posible explicación, según Focht-New y colaboradores (2008), es que debido a sus circunstancias, las personas con discapacidad intelectual han de enfrentarse en su vida cotidiana a más eventos estresantes que otras personas. Además, en ocasiones algunas interpretaciones erróneas del estrés pueden conducir a que un problema de salud mental sea mal valorado, mal diagnosticado y tratado (Hulbert-Williams & Hastings, 2008).

Tratamientos para discapacidad intelectual

La población que acude a los hospitales públicos generales en CABA, es numerosa y heterogénea. Se suelen observar dificultades para detectar limitaciones en el funcionamiento intelectual

y en la conducta adaptativa en adultos que consultan por salud mental. En el caso de que se arribe a un diagnóstico apropiado, y una vez acordados los objetivos terapéuticos a abordar, aparece el interrogante de cómo transformar en accesibles los tratamientos de salud mental en pos de que funcionen para las personas con discapacidad intelectual. En los últimos años, algunas investigaciones resumieron la evidencia a favor de intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y biológicas en personas con discapacidad intelectual.

En una revisión sistemática y meta-análisis, Koslowski y cols. (2016) evaluaron la eficacia de distintas intervenciones para adultos con discapacidad intelectual leve a moderada con comorbilidad de algún trastorno mental. Los autores concluyeron que no existe evidencia suficiente y robusta sobre la calidad de las intervenciones orientadas a mejorar los problemas de salud mental en personas con discapacidad intelectual. Además, el número de ensayos clínicos es muy reducido hasta el día de hoy. Brown y colaboradores (2011), en un estudio de revisión, concluyeron que tanto la terapia psicodinámica, como la terapia cognitivo conductual y la terapia sistémica familiar pueden ser adaptadas para volverse accesibles, con resultados positivos reportados. Con respecto a la terapia cognitivo conductual, ha demostrado ser un tratamiento efectivo para la ira, la depresión y la ansiedad en personas con discapacidad intelectual (Veree-nooghe & Langdon, 2013; Unwin et al., 2016).

Recientemente, se ha comenzado a investigar sobre la eficacia de terapias de tercera generación o contextuales adaptadas a población con discapacidad intelectual. Patterson y colaboradores (2019) realizaron una revisión sistemática para explorar específicamente la terapia dialéctico conductual, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia centrada en la compasión e intervenciones basadas en mindfulness. Los resultados indicaron que este tipo de terapias mejoraron los síntomas de salud mental en algunos consultantes, en otros disminuyeron las conductas desafiantes y en la mayoría aumentaron las herramientas de mindfulness y aceptación. Algunas revisiones recientes, asimismo, han demostrado que las intervenciones basadas en mindfulness son apropiadas para población con discapacidad intelectual (Chapman et al., 2013; Hwang & Kearney, 2013).

Terapia dialéctico conductual

Uno de los tratamientos que actualmente cuenta con evidencia para abordar episodios de impulsividad y de desregulación emocional, es la terapia dialéctico conductual. Dicho tratamiento es una psicoterapia de varios componentes desarrollada por la Dra. Marsha Linehan durante la década del 80. El objetivo inicial de Linehan fue brindar una solución eficaz a consultantes con tasas elevadas de intentos suicidas. La propuesta de la terapia dialéctico conductual consiste en un balance o dialéctica entre elementos de cambio de la terapia cognitiva conductual estándar con elementos de aceptación, dentro de un marco de trabajo que intenta brindar estructura y contención al paciente y al terapeu-

ta, con la meta última de crear “una vida que valga la pena ser vivida” (Linehan, 1993). El modelo de Linehan (1993) cuenta con más de una decena de estudios controlados y más de quinientos pacientes aleatorizados. Cuenta con múltiples investigaciones que la validan para trabajar con pacientes con cuadros como trastornos alimentarios, dificultad en el control de los impulsos, abuso de sustancias, conductas o riesgo suicida, violencia, autolesiones, trastorno límite de la personalidad y otros trastornos de la personalidad, juego patológico, depresión, trastorno bipolar y desregulación emocional (Stoffers-Winterling, et al., 2012).

La teoría biosocial es el sustento teórico de la terapia dialéctico conductual para explicar la desregulación emocional. La desregulación se define como la incapacidad, incluso cuando se intentó, para cambiar o regular las claves, acciones o respuestas verbales y no verbales emocionales (Koerner & Dimeff, 2007). La desregulación es para la terapia dialéctico conductual el resultado de la interacción a través del tiempo de la vulnerabilidad emocional y la invalidación ambiental (Boggiano & Gagliesi, 2018). La vulnerabilidad emocional hace referencia a la predisposición que tiene un individuo de sentir la emoción de manera más intensa. Según Matson (1985), la presencia de daño cerebral, cuadros epilépticos, discapacidad de algún sentido y síndromes genéticos influyen no solo a la predisposición del individuo a una mayor vulnerabilidad biológica, sino sobre todo a la manera en que la sociedad y sus familiares interactúan con él. Por otro lado, la invalidación ambiental hace referencia a la negación, negligencia o daño emocional por parte de los padres, cuidadores, figuras de autoridad u otros adultos, de las experiencias privadas. Debido a la exposición a este tipo de interacciones, las personas aprenden que sus emociones no son importantes o están equivocadas. Como resultado, aprenden métodos inefectivos para regular las emociones (Shenk & Fruzzetti, 2014). Es frecuente que la población con discapacidad intelectual se encuentre envuelta y crezca en ambientes de este estilo, incluso en situaciones de abuso, discriminación e institucionalización.

Adaptaciones a la terapia dialéctico conductual

La terapia dialéctico conductual podría ser un enfoque cercano a la población con discapacidad intelectual ya que está basada en la psicoeducación y en ejercicios prácticos. Además, utiliza un lenguaje no peyorativo, que no culpabiliza a la persona que realiza conductas de riesgo, agresivas o disfuncionales. Asimismo, la terapia dialéctico conductual se enfoca fuertemente en enseñar a los consultantes a que ellos mismos tengan herramientas, lo cual estimula la asertividad, independencia, empoderamiento y defensa de sus derechos (Lew et al., 2006). Existen, al día de hoy, dos propuestas de adaptación al modelo para población con discapacidad intelectual. Una de ellas es la de Marvel Lew y colaboradores (2006), y la otra es la de Julie Brown (2013). Lew y colaboradores (2006) se basan en los cuatro componentes principales de la terapia dialéctico conductual estándar, con algunos ajustes. Terapia individual: La teoría biosocial y el análisis

en cadena son explicados en un lenguaje sencillo, asistiendo a los consultantes para clarificar pensamientos desadaptativos o confusos sobre ellos mismos, vinculados a la impulsividad o desregulación emocional. Las tarjetas diarias para practicar habilidades son simplificadas, incluyendo pictogramas, e intentando que los allegados o convivientes colaboren monitoreando la puesta en marcha de habilidades. Entrenamiento grupal en habilidades: Se realiza foco en que la revisión de tareas intersesión y actividades grupales sea lo más dinámica, no amenazante y lúdica posible. Las tareas son llamadas prácticas para no ser asociadas con el contexto educativo que en algunos casos es aversivo. Además, un familiar suele ser invitado al grupo para que cada consultante tenga un supervisor durante las actividades. Coaching telefónico: Los clínicos programan llamadas individualizadas en momentos específicos con consultantes que presentan crisis recurrentes. Además, todos los consultantes están habilitados para llamar las 24 hs a un clínico entrenado en el modelo. También poseen un plan de crisis individualizado. Equipo de consultoría: Está compuesto por dos grupos. Uno de ellos es el equipo encargado de trabajar con discapacidad, que se reúne semanalmente. El otro grupo consiste en una supervisión interinstitucional, donde algunos casos son compartidos mensualmente (Lew et al., 2006).

Por otro lado, el modelo más divulgado al día de hoy es el de Julie Brown (2013), que utiliza el Sistema de herramientas creado también por Brown (2011), el cual es una adaptación que provee un marco de trabajo para entrenar de manera más accesible herramientas de regulación emocional, lo cual promueve procesos de autorregulación y corregulación con el fin de aumentar la generalización de herramientas en el ambiente natural de cada consultante. El sistema está diseñado para trabajar sobre mindfulness, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar, igual que en el modelo estándar. El modelo de Brown modifica sustancialmente el lenguaje y el formato para volverlo accesible al aprendizaje y necesidades de esta población. El tratamiento consiste en una hora de terapia individual por semana, a la cual no se le realizan modificaciones con respecto al formato original, y una hora de grupo de entrenamiento en habilidades adaptado. De igual manera que el modelo de Lew, las tarjetas diarias son adaptadas utilizando un lenguaje más sencillo y pictogramas. La simplificación, el modelado y análisis de caso son utilizados con frecuencia para realizar resolución de problemas, reestructuración cognitiva, manejo de contingencias y gestión de crisis para facilitar el aprendizaje. En comparación al modelo estándar, se agrega un sistema de recompensas tangibles para conductas adaptativas y planes de contingencia para trabajar sobre las conductas problema. También, se crea un sistema de clasificación del comportamiento con colores, para que los consultantes puedan generar más registro del riesgo (Brown, 2013).

McNair y colaboradores (2017) realizaron una revisión sistemática en la que investigaron la evidencia disponible sobre terapia

dialéctico conductual aplicada a población con discapacidad intelectual. Siete artículos fueron seleccionados, los cuales utilizaron un programa de terapia dialéctico conductual adaptada, basándose en el manual de Linehan (1993). Dentro de ellos, la fidelidad al modelo completo fue heterogénea. Cuatro de ellos desarrollaron el programa completo, mientras que tres estudios utilizaron entrenamiento en habilidades grupales, coaching telefónico y equipo de consultoría. Algunas investigaciones se basaron en intervenciones que incluían a la terapia dialéctico conductual como componente dentro de una terapia de tipo familiar. Los resultados hallados indicaron que la terapia dialéctico conductual y el programa de entrenamiento en habilidades grupal pueden ser adaptados a población con discapacidad intelectual. Dentro de las adaptaciones al modelo realizadas, encontraron simplificaciones de conceptos y de lenguaje, repetición del contenido, el uso de recursos visuales y un apoyo mayor. Sin embargo, los artículos revisados no utilizaron diseños robustos, ya que no incluían asignación ciega a grupos, investigadores independientes o medidas de adherencia al tratamiento, por lo que para los autores no fue posible concluir que este modelo adaptado es efectivo para personas con discapacidad intelectual, o que es responsable de las mejoras reportadas en niveles de riesgo, síntomas y situaciones problema.

Conclusiones

De la revisión bibliográfica realizada, se concluye que si bien existe evidencia acerca de que es posible adaptar diferentes modelos de psicoterapia, como el psicodinámico, sistémico, cognitivo conductual, dialéctico conductual y modelos de tercera generación; no existe evidencia suficiente acerca de las mejoras en los pacientes con discapacidad intelectual. Existen pocas investigaciones con diseños metodológicos robustos, y de las que existen, utilizan diferentes instrumentos de medición para evaluar las variables. Esa heterogeneidad en la calidad metodológica de las investigaciones, sumada a la dificultad en realizar diagnósticos en esta población, convierte a la investigación en una tarea compleja. Sin embargo, la terapia dialéctico conductual adaptada a población con discapacidad podría ser una opción para pensar tratamientos individualizados y ajustados a la necesidad de cada consultante dentro del hospital público, por su flexibilidad, su sencilla aplicación y sus bajos costos.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association, A. P., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 10). Washington, DC: American psychiatric association.
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) (2011). *Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: alianza Editorial.
- Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2018). Terapia dialéctico conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional.
- Brown, J. F. (2011). *The skills system instructor's guide: An emotion-regulation skills curriculum for all learning abilities*. IUniverse.
- Brown, J. F., Brown, M. Z., & Dibiasio, P. (2013). Treating individuals with intellectual disabilities and challenging behaviors with adapted dialectical behavior therapy. *Journal of mental health research in intellectual disabilities*, 6(4), 280-303.
- Brown, M., Duff, H., Karatzias, T., & Horsburgh, D. (2011). A review of the literature relating to psychological interventions and people with intellectual disabilities: Issues for research, policy, education and clinical practice. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15(1), 31-45.
- Chapman, M. J., Hare, D. J., Caton, S., Donalds, D., McInnis, E., & Mitchell, D. (2013). The use of mindfulness with people with intellectual disabilities: a systematic review and narrative analysis. *Mindfulness*, 4(2), 179-189.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British journal of psychiatry*, 190(1), 27-35.
- Focht-New, G., Clements, P. T., Barol, B., Faulkner, M. J., & Service, K. P. (2008). Persons with developmental disabilities exposed to interpersonal violence and crime: Strategies and guidance for assessment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(1), 3-13.
- Harris, J. C., & Greenspan, S. (2016). Definition and nature of intellectual disability. *Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities*, 11-39.
- Hartley, S. L., & MacLean Jr, W. E. (2009). Depression in adults with mild intellectual disability: Role of stress, attributions, and coping. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 114(3), 147-160.
- Hemmings, C., Deb, S., Chaplin, E., Hardy, S., & Mukherjee, R. (2013). Review of research for people with ID and mental health problems: A view from the United Kingdom. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(2), 127-158.
- Hulbert-Williams, L., & Hastings, R. P. (2008). Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: a critical review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(11), 883-895.
- Hwang, Y. S., & Kearney, P. (2013). A systematic review of mindfulness intervention for individuals with developmental disabilities: Long-term practice and long lasting effects. *Research in developmental disabilities*, 34(1), 314-326.
- Koerner, K., & Dimeff, L. A. (2007). Overview of dialectical behavior therapy.
- Koslowski, N., Klein, K., Arnold, K., Koesters, M., Schuetzwohl, M., Salize, H. J., & Puschner, B. (2016). Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disabilities and mental health problems: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209(6), 469-474.
- Kwan, P., Arzimanoglou, A., Berg, A. T., Brodie, M. J., Allen Hauser, W., Mathern, G., ... & French, J. (2010). Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies.

- Lew, M., Matta, C., Tripp-Tebo, C., & Watts, D. (2006). Dialectical behavior therapy (DBT) for individuals with intellectual disabilities: A program description. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities, 9*(1), 1.
- Lindsay, W. R., Tinsley, S., Beail, N., Hastings, R. P., Jahoda, A., Taylor, J. L., & Hatton, C. (2015). A preliminary controlled trial of a transdiagnostic programme for cognitive behaviour therapy with adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*(4), 360-369.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder* (Vol. 29). New York: Guilford press.
- Márquez-Caraveo, M. E., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L., & Galván-García, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud mental, 34*(5), 443-449.
- Martorell, A., Tsakanikos, E., Pereda, A., Gutiérrez-Recacha, P., Bouras, N., & Ayuso-Mateos, J. L. (2009). Mental health in adults with mild and moderate intellectual disabilities: the role of recent life events and traumatic experiences across the life span. *The Journal of nervous and mental disease, 197*(3), 182-186.
- Matson, J. L. (1985). Biosocial theory of psychopathology: A three by three factor model. *Applied research in mental retardation, 6*(2), 199-227.
- McNair, L., Woodrow, C., & Hare, D. (2017). Dialectical behaviour therapy [DBT] with people with intellectual disabilities: A systematic review and narrative analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 30*(5), 787-804.
- Nieuwehuys, R., Voogd, J., & Van Huijzen, C. (2009). *El sistema nervioso central humano*. Médica Panamericana.
- Patterson, C. W., Williams, J., & Jones, R. (2019). Third-wave therapies and adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 32*(6), 1295-1309.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., ... & Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 444 North Capitol Street NW Suite 846, Washington, DC 20001.
- Schalock, R. L. (2018). Six Ideas That Are Changing the IDD Field Internationally. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 49*(1), 21-23.
- Shenk, C. E., & Fruzzetti, A. E. (2014). Parental validating and invalidating responses and adolescent psychological functioning: An observational study. *The Family Journal, 22*(1), 43-48.
- Stoffers-Winterling, J. M., Voellm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Hubbard, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 8*.
- Unwin, G., Tsimopoulou, I., Kroese, B. S., & Azmi, S. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities, 51*, 60-75.
- Vereenooghe, L., & Langdon, P. E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities, 34*(11), 4085-4102.
- Videa, P., de los Angeles, R. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *Revista de investigación psicológica, 15*, 101-122.
- Wahlberg, E. (2014). Discapacidad intelectual. ¿Es la nueva denominación un cambio de perspectiva?. *Revista Argentina de Psiquiatría, 25*, 33-35.