



Revista Multidisciplinar de

gerontología

Sociedad Catalanoblear de Geriátría y Gerontología

Editorial

El farmacéutico en la detección de errores de medicación
Grup de Farmacèutics de Centres Sociosanitaris de Barcelona

Originales

Un análisis de contenido de los mayores a través de la publicidad televisiva
Pedro Sánchez Vera, Ester Bódalo

Las preferencias residenciales de las personas mayores: ¿Qué es lo que piensan los jóvenes?
Montserrat Celdrán, Diana J. Villamizar, Feliciano Villar

Implicaciones de la edad y el género respecto a la depresión en ancianos
Magdalena Gómez Díaz, Antonio Riquelme, Ana I. López Navas

Envejecimiento y características sociosanitarias de las personas con discapacidad intelectual
José C. Millán Calenti, Sonia Seijas, Susana Lodeiro, Hebe Mariana, Jorge Quintana, Luís Meleiro

Tema de hoy

Incontinencia urinaria crónica en el anciano
Alba Roig, Bea Fernandez-Matamoros, Ascensión Esperanza, Anton M^o Cervera, Ramon Miralles

Ficha farmacológica

Fluorquinolonas/Lincosamidas/Estreptomicina
Olga Santos, Margarita Aguas, Isabel Caro

Actualidad

Agenda

2

Volumen 16 Núm. 2 Abril-Junio 2006
Fundada en 1990

nexus
médica

Envejecimiento y características sociosanitarias de las personas con discapacidad intelectual

José C. Millán-Calenti¹
Sonia Seijas²
Susana Lodeiro³
Hebe Mariana⁴
Jorge Quintana⁴
Luis Meleiro⁴

¹Catedrático (EU)
Gerontología Clínica
y Social
Director del Grupo de
Investigación
en Gerontología (GIG)
Dpto. de Medicina
²Psicopedagoga (GIG)
Dpto. de Medicina
³Psicóloga (GIG)
Dpto. de Medicina
⁴Médico GIG
Dpto. de Medicina
Universidad de
A Coruña (UDC)

Correspondencia:
José Carlos Millán Calenti
Grupo Investigación
Gerontología
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias
de la Salud
Edificio Universitario de Oza
Oza, s/n
15006 A Coruña
E-mail: jcmillan@udc.es

Resumen

Fundamentos: El incremento de la esperanza de vida de las personas con discapacidad intelectual, que representan un colectivo cada vez más numeroso, hace necesario conocer sus características y necesidades con respecto a otros grupos poblacionales que envejecen, objetivo que nos hemos trazado al realizar este trabajo.

Métodos: Se realiza estudio descriptivo sobre una muestra de 112 personas mayores de 35 años con discapacidad intelectual, que acuden a centros ocupacionales y que cumplen los criterios de inclusión establecidos.

Resultados: El 72,3 % de los individuos residen en el hogar familiar. El 29,5% saben leer y escribir. De las causas conocidas de discapacidad, la congénita afecta al 55,4% de los casos. El 35,7% tiene disminuida la agudeza visual y el 34,8% la dentadura en mal estado. Un 20,5% tienen sobrepeso. Las enfermedades neuropsiquiátricas son las más prevalentes (52,7%), consumiendo fármacos el 49,1% de la muestra.

Conclusiones: El grupo poblacional estudiado presenta una serie de alteraciones de salud y hábitos anómalos que hace necesario poner en marcha medidas adecuadas, tanto del área de la prevención como de la intervención a fin de lograr que alcancen edades avanzadas en una situación de salud que les permita afrontar en las mejores condiciones posibles la vejez.

Palabras clave: Envejecimiento. Discapacidad intelectual. Características sociosanitarias.

Summary

Background: We aimed at determining both the particular features and needs of people with intellectual disability. In the light of the progressive aging showed by this population (and the subsequent growing number of individuals), it is mandatory to investigate its current situation and compare its scenario with the one showed by other aging groups.

Methods: We present a descriptive survey, after studying 112 elderly people with intellectual disability, i.e., >35 years old. All of them were at occupational centres and fulfilled the established inclusion criteria.

Results: As much as 72,3% of the studied individuals lived with their families. Regarding education, 29,5% of

them can read and write. Concerning the causes of their disability, congenital diseases explained a 55.4% of the cases. Visual ability was diminished in 35.7% of the sample, badly preserved teeth were present at 34.8% of the individuals. In addition, 20.5% of them suffered overweight. Neuropsychiatric disorders were the most prevalent (52.7%) diseases. Almost half of the individuals (49.1%) consumed some kind of prescription drug.

Conclusions: The studied population showed certain health problems and anomalous habits. All this makes necessary to start a set of appropriate actions, not only regarding prevention, but also concerning intervention. The final goal is people with intellectual disability to become healthy elderly, i.e. to face aging under a better scenario.

Keys words: Aging. Intellectual disability. Sociosanitary features.

Introducción

Aunque el concepto de vejez admite múltiples interpretaciones, biológicas, sociológicas o económicas, es posiblemente más fácil establecer una edad de entrada en la "vejez" a partir de connotaciones socioeconómicas como la jubilación, que no desde el punto de vista biológico, en donde las diferencias en cuanto a estado físico y mental son más evidentes.

Los avances en las condiciones de vida, han incrementado de manera espectacular la esperanza de vida de la población, incluyendo a las personas con discapacidad intelectual. Pero en este caso, su incremento de esperanza de vida, inferior al de la población general¹⁻⁵, no ha generado un desarrollo social paralelo de las medidas de soporte de las que podrían beneficiarse, presentando su atención muchas lagunas que nos tienen que llevar inexorablemente a realizar un replanteamiento general de los recursos, que permita atender con garantía de éxito a un colectivo, que representando entre el 1 y el

3%⁶ de la población general, requerirá no sólo de los servicios y cuidados propios de la discapacidad intelectual, sino también de los de la propia vejez.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que los efectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento van a aparecer de manera precoz en las personas con retraso mental con respecto al resto de la población. En los sujetos con discapacidad intelectual, se marca un límite sobre los 45 años⁷ en el que comenzarán a manifestarse déficit físicos y un ajuste psicológico a la ancianidad; sus necesidades se verán incrementadas, al igual que las carencias originadas por la discapacidad, hecho que es más evidente en el caso de las personas con síndrome de Down, cuyos signos de envejecimiento comenzarían a aparecer entre los 30 y los 40 años⁸, generalmente de forma más prematura que en el resto de población con discapacidad intelectual⁹ y en donde la esperanza de vida se aproxima a los 55 años¹⁰, a pesar de que en algunos estudios aparecen personas con síndrome de Down octogenarias y sin presencia de demencia u otras enfermedades asociadas a la edad¹¹, el Down es un claro factor que incrementa la mortalidad y el desarrollo de enfermedades asociadas a la edad¹², sobre todo Alzheimer^{13,14}.

El envejecimiento se va a manifestar a través de una alteración continua de las estructuras vivas dentro del organismo, ligada o no a modificaciones patológicas, que van a conducir, en la mayoría de los casos, a una pérdida de capacidad funcional causante de una dependencia generadora de pérdida de calidad de vida, principal enemigo de las personas mayores, y en particular de las personas con discapacidad intelectual, ya que tienen las mismas necesidades básicas (atención sanitaria, social, psicológica y diversos servicios de apoyo) que otras personas, agravadas por las necesidades propias de la discapacidad.

La falta de acuerdo en los criterios de diagnóstico y la no consideración en algunas clasificaciones de los niveles de retraso mental, dificultan enormemente la obtención de datos formales sobre la frecuencia de estos trastornos en la población general española.

Por ello, mediante el presente trabajo, pretendemos dar a conocer la situación socioeconómica y la prevalencia de diferentes patologías de una muestra poblacional con discapacidad intelectual de grado leve o moderado a fin de conseguir, de alguna manera, centrar los esfuerzos en un cambio de concepción con respecto al proceso de envejecimiento en los adultos con discapacidad intelectual, que a su vez derive en un cambio en los modos de actuación

de los centros en los que se trabaja con este colectivo. Cambio de concepción que ya se vio reflejado en la definición desarrollada por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR)¹⁵, que en su momento significó un avance sustancial, y que modificó por completo la filosofía de trabajo de los profesionales implicados en los sistemas de apoyo¹⁶, cuyos esfuerzos han pasado de centrarse exclusivamente en el diagnóstico previo y atención temprana, a centrarse en el proceso de envejecimiento que, por otro lado como hemos indicado anteriormente, se manifiesta de manera más precoz en las personas con discapacidad intelectual¹⁷.

Material y métodos

Participantes

La muestra está constituida por 112 individuos que acuden a centros ocupacionales de la provincia de A Coruña, de los cuales un 58% fueron hombres y el resto (42%) mujeres, estando sus edades comprendidas en el intervalo de 35 a 74 años. La mayoría de los sujetos se distribuyen en dos grandes grupos de edad, de 35 a 45 años (25,35%), que incluye a los que presentan síndrome de Down, y de 46 a 54 años (55,3%), teniendo un 6,2% de los individuos más de 60 años.

En cuanto a los criterios de inclusión establecidos son los siguientes:

- Presentar retraso mental leve y/o moderado, de acuerdo al DSM-IV (CI entre 35 y aproximadamente 70)¹⁸ y que acudieran a centros ocupacionales con recursos específicos¹⁹.
- Tener 45 o más años; 35 años si nos referimos a las personas con Síndrome de Down²⁰⁻²³.
- Estar en posesión del certificado de minusvalía emitido por los equipos de valoración y orientación (EVO) dependiente de la administración autonómica.
- Estar incluido en el concepto de persona con retraso mental de la Asociación Americana sobre Retraso Mental²⁴.

Siendo criterios de exclusión el haber sufrido patologías postraumáticas que cursasen con daño cerebral o accidentes cerebro-vasculares; el presentar procesos secundarios al contacto con agentes tóxicos (alcohol, mercurio, plomo, cadmio, arsénico, pesticidas, plaguicidas, solventes industriales y monóxido de carbono); y, por último, el consumir fármacos.

A fin de cumplimentar los ítems del cuestionario, se establece entrevista con los profesionales médicos del centro, complementándose, en la medida de lo posible, la información a través de la revisión del historial clínico de cada uno de los sujetos de la muestra, no pudiéndose obtener la totalidad de los datos al existir grandes carencias en su registro.

Una vez obtenidos los datos, se elabora una base y se analizan mediante el paquete estadístico SPSS.

Método

Se emplea cuestionario general de diseño propio (anexo 1) en el que se recogen, entre otros, datos referidos a la persona, a la discapacidad intelectual, antecedentes personales y consumo de fármacos.

A fin de cumplimentar los ítems del cuestionario, se establece entrevista con los profesionales médicos del centro, complementándose, en la medida de lo posible, la información a través de la revisión del historial clínico de cada uno de los sujetos de la muestra, no pudiéndose obtener la totalidad de los datos al existir grandes carencias en su registro.

Una vez obtenidos los datos, se elabora una base y se analizan mediante el paquete estadístico SPSS.

Resultados

Del total de la muestra el 36,6% presentan el Síndrome de Down, mientras que el resto (63,4%) están afectos por otras alteraciones causantes de la discapacidad intelectual.

En relación a su convivencia (Tabla 1), la mayoría de los sujetos viven en familia (72,3%), estando institucionalizados el 21,4% y viviendo con un tutor, solos o entre la familia y al institución el resto. En relación al nivel de instrucción (Tabla 1), únicamente un 2,3% tiene estudios básicos, un 29,5% sabe leer y escribir, un 15,5% solo leer, son analfabetos el 14,3% y se desconoce el nivel de instrucción en el 38,4%.

En lo referente al grado de retraso mental, podemos observar en la Tabla 2, extraída de los informes existentes de diagnósticos previos, que la mayor parte de la muestra presenta un retraso mental moderado (61,6%) o leve (20,5%); además, podemos observar también como el 72,3% presenta una minusvalía entre el 60 y el 75 % (72,3%) y el 21,4% superior al 75%.

En cuanto a la etiología de la discapacidad intelectual (Tabla 3) y de acuerdo a las fuentes consultadas, en el 55,4% es congénita, en el 7,1% adquirida y es desconocida en el 37,5% de los casos. De los casos congénitos, es de origen genético en el 40,2%, estando en relación con las complicaciones del parto un 7,1% de los casos. En cuanto a la etiología adquirida, las principales causas son secunda-

Convivencia	Porcentaje (%)
Solo	1,8
Familia	72,3
Institución	21,4
Tutor	2,7
Mixto	0,9
No sabe/no contesta	0,9
Nivel instrucción	
No lee ni escribe	14,5
Lectura	15,4
Lectura y escritura	29,65
Estudios básicos	1,95
No sabe/no contesta	38,5

Tabla 1.
Distribución de la muestra según el tipo de convivencia y el nivel de instrucción

Grado Retraso Mental	Porcentaje (%)
Límite (CI: 70-80)	8
Leve (CI: 51-69)	20,5
Moderado (CI: 50-35)	61,6
Severo (CI: 34-20)	4,5
No sabe/no contesta	5,4
Grado de Minusvalía	Porcentaje (%)
33-60%	1,8
60-75%	72,3
> 75%	21,4
No sabe/no contesta	4,5

Tabla 2.
Distribución de la muestra según el grado de retraso mental y el grado de minusvalía

Grupo	Etiología	Frecuencia	Total (%)
Congénita	Genético-hereditaria	40,2	55,4
	Antes del nacimiento	4,5	
	Durante el parto	10,7	
Adquirida	Meningitis	1,8	7,1
	Encefalitis	1,8	
	Accidentes	1,8	
	Parálisis cerebral	0,9	
	Disminución visual	0,9	
Desconocida			37,5

Tabla 3.
Distribución de la muestra según el grupo y etiología de la discapacidad

Tabla 4.
Distribución de la muestra según el grupo y el tipo de enfermedad padecida

Grupo	Enfermedades Padecidas	Frecuencia	Total (%)
Neuropsiquiátricas	Epilepsia	14,3	52,7
	Síndrome depresivo	8,9	
	Trastornos de ansiedad	16,1	
	Agresividad	0,9	
	Irritabilidad	2,7	
	Otras	9,8	
Órgano de la Visión	Disminución visual	35,7	43,8
	Ceguera unilateral	2,7	
	Cataratas	0,9	
	Glaucoma	3,6	
	Otras	0,9	
		34,8	
Mala condición bucodentaria			34,8
Obesidad		20,5	20,5
Aparato locomotor	Limitación miembros superiores	0,9	16,1
	Limitación miembros inferiores	11,6	
	Traumatismos	0,9	
	Paresias	2,7	
Metabólicas	Hipertiroidismo	1,8	15,3
	Hipotiroidismo	4,5	
	Diabetes	6,3	
	Otras	2,7	
Auditiva	Hipoacusia	9,8	12,5
	Sordera unilateral	1,8	
	Otras	0,9	
Dermatológicas		12,5	12,5
Respiratorias	Insuficiencia respiratoria	2,7	8,1
	Otras	5,4	
Cardiovasculares	Hipertensión	2,7	6,3
	Arteriosclerosis	0,9	
	Otras	2,7	
Renales	Insuficiencia renal crónica	3,6	5,4
	Infección del tracto urinario	0,9	
	Incontinencia urinaria	0,9	
Úlcera péptica		2,7	2,7
Deformidades		0,9	0,9
Neoplasias		0,9	0,9
Otras		1,8	1,8

rias a procesos neurológicos (meningitis, encefalitis o parálisis cerebral) u de afectación del sentido de la vista.

La patología asociada más frecuente que presentan los sujetos es la disminución de la capacidad visual (35,7%), seguido de la mala condición

bucodentaria (34,8%), la obesidad (20,5%) y la epilepsia (14,3%).

En la Tabla 4 podemos observar como las enfermedades neuropsiquiátricas son las que se presentan en mayor porcentaje (52,7%), incluyéndose dentro de ellas trastornos comunes como la epilepsia, la de-

presión y la ansiedad; después, aparecen las enfermedades visuales (43,8 %) asociadas en la mayoría de los casos a una pérdida progresiva de la agudeza visual (35,7%); por otro lado, existe una alta prevalencia de enfermedades dermatológicas entre los individuos de la muestra (12,5%), así como las enfermedades en el aparato locomotor referidas a los miembros inferiores (11,6%).

En lo referente al consumo de fármacos, el 49,1% de los individuos de la muestra consumen algún tipo de medicamento, siendo los más comunes los antipsicóticos (16,1%) y los anticonvulsivos (17%).

Discusión

En nuestro trabajo, al igual que en otros trabajos revisados²⁶ aparece una distribución mayor de varones que de mujeres, posiblemente basado en dos hechos: el que los varones presenten una mayor probabilidad de padecer desórdenes genéticos causados por el gen recesivo X y que desemboquen en discapacidad intelectual²⁶, o a que su presencia en centros ocupacionales es mayor que la de las mujeres, que en general se quedan en casa haciendo labores domésticas. Por otro lado, coincidimos con otros autores²⁷ en la proporción de sujetos con síndrome de Down, en relación a la muestra y a la población general que se establece en aproximadamente el 25%.

También cabe destacar el hecho de que en los diagnósticos previos con los que se ha trabajado para la obtención de la mayoría de los datos de la muestra, todavía aparezca una clasificación que contempla el retraso mental "límite", clasificación, por otro lado obsoleta, ya que no se corresponde con la usada actualmente, a partir de la publicación del DSM-IV²⁸, sin embargo, la mayoría de los diagnósticos previos de los individuos con los que se trabaja es anterior a ésta y se corresponde con la del DSM-III²⁹ o incluso anterior. Esto nos indica la falta de diagnósticos posteriores que actualicen de alguna manera los informes personales de cada individuo.

Debido a la finalidad con que se inició esta selección muestral (eliminando los casos de discapacidad intelectual severa o profunda), nuestros datos no se pueden contrastar con estudios como el de Cooper³⁰ que realizó con personas mayores de 65 años y en el que señaló que la discapacidad intelectual severo-profunda suponía el 58% de los casos, la de grado medio el 25,70% y la leve el 11,20%. Sin embargo, nosotros si hemos obtenido en la muestra estudiada un mayor porcentaje de sujetos con discapacidad intelectual moderada (61,6%) que con leve (20,5%).

En cuanto a las enfermedades que presentan los sujetos de la muestra, observamos que los datos referidos a la epilepsia (14,3%) coinciden con otros estudios como el de Morgan, *et al*³¹ que obtuvieron un porcentaje del 16,1%.

Otros estudios^{32,33} relacionan enfermedades neuropsiquiátricas como la ansiedad y la depresión con la discapacidad intelectual, pero en este caso, en relación con la dificultad para establecer el diagnóstico, no coincidimos en los datos.

Hemos observado como en numerosas ocasiones no existía correlación entre el diagnóstico establecido y la terapéutica farmacológica administrada, quizás por la dificultad de abordar los cuadros desde una perspectiva únicamente médica, en donde la comunicación médico-paciente puede estar muy limitada (retraso mental profundo), de ahí la necesidad de profundizar en este problema.

Una de las grandes dificultades que surgió a la hora de recoger datos fue la carencia de ellos mismos en los informes individuales, tanto clínicos como de diagnóstico de la discapacidad intelectual, existiendo un gran desconocimiento acerca de algunos hechos de particular importancia, sobre todo en cuanto a los fármacos consumidos y el por qué de ello. A nuestro entender, convendría, establecer redes de comunicación más fluidas entre los pacientes, las familias y la asistencia médica especializada, sin descuidar los centros asistenciales, ya que de esta manera el seguimiento podría hacerse más personalizado con los consiguientes beneficios para el paciente perfectamente valorado y tratado.

Por otro lado, también es importante la actualización de los diagnósticos en cuanto a la discapacidad intelectual, sobre todo en base a los avances y conceptos actuales, ya que éstos son demasiado estáticos y procedentes de valoraciones de la niñez, con lo que se puede producir el hecho de que algunos en base a la dificultad del diagnóstico o las características de la propia enfermedad fueran etiquetados de "retrasados mentales", cuando probablemente presenten un cuadro diferente.

Es por ello necesario plantearse el diagnóstico como algo periódico y no puntual, ya no sólo para obtener un informe lo más actualizado posible, sino porque en el colectivo del que hablamos, el proceso de envejecimiento puede incidir en un desarrollo diferencial según el tipo de discapacidad de la persona. Esto nos permitiría crear una estructura conceptual elaborada sobre dichas características, que aplicado y generalizado, nos conduciría a elaborar programas de intervención adaptados a su realidad. Además,

nos permitiría realizar un control más efectivo sobre la administración de fármacos, evitando sus efectos secundarios, caso de no estar bien prescritos.

Pero todo ello no es fácil, en un colectivo en donde las dificultades de comunicación del propio sujeto, sobre todo en los casos severos, va a dificultar el establecimiento de diagnósticos más precisos, siendo necesario trabajar en el diseño y validación de instrumentos adaptados y diferenciados según el tipo de discapacidad intelectual y la edad del individuo, ya que al ser sus características muy diferentes también lo han de ser los instrumentos utilizados, y todo ello ha de hacerse desde una visión integral, en donde los diferentes profesionales aporten su experiencia en un trabajo en equipo, ya que independientemente de la edad más temprana de aparición del proceso de envejecimiento, estamos hablando de gerontología.

Agradecimientos

Al Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que a contribuido a la financiación de esta línea de investigación a través de las convocatorias públicas de los años 2002 y 2003, y fruto de la cual hemos realizado este trabajo.

También queremos mostrar nuestro agradecimiento a los profesionales y usuarios de los Centros Ocupacionales para personas con Discapacidad Intelectual de Lamastelle de Oleiros (A Coruña), Nuestra Señora de Chamorro de Narón (A Coruña), Hermanas Hospitalarias de Betanzos (A Coruña) y ASPABER de Carballo (A Coruña) por la colaboración prestada, sin la cual esta investigación no hubiese sido posible.

Bibliografía

1. Janicki MP, MacEachron AE. Residential, Health and Social Service Needs of Elderly Developmentally Disabled Persons. *Gerontologist* 1984;24:128-37.
2. LeRoy BW, Walsh PN, Kulik N, Rooney M. Retreat and Resilience: life experiences of older women with intellectual disabilities. *Am J Ment Retard* 2004;109: 429-41.
3. Young L, Ashman, A. F. Deinstitutionalization for older adults with severe mental retardation: results from Australia. *Am J Ment Retard* 2004;109:397-412.
4. Millán JC, Meleiro L, Quintana J, López MJ, Vázquez, P, López A. Discapacidad intelectual y envejecimiento: un nuevo reto para el siglo XXI. *Rev Esp Ger Gerontol* 2003;38(5):266-74.

5. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo*. 2001.
6. Salvador Canulla L, Rodríguez Blázquez, C. *Mentes en desventaja: la discapacidad intelectual*. Barcelona: Editorial Océano, 2001.
7. Janicki MP. *Aging and Developmental disabilities. Issues and approaches*. Baltimore-London: Paul H. Brooker, 1985.
8. Luckasson R, Coulter DL, Polloway EA, Reiss S, Schalock RI, Snell ME, Spitalnik DM, Stark JA. *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington DC: AAMR, 1992.
9. Eyman, R. Life expectancy of persons with Down Syndrome. *Am J Ment Retard* 1991;95(6):603-12.
10. Chicoine B, McGuire D, Rubin S. Specialty Clinic Perspectives. En: Janicki M, Dalton A. (editors). *Dementia, Aging, and Intellectual Disabilities: A Handbook*. Philadelphia: Taylor and Francis 1999;278-93.
11. Strauss D, Zigman WB. Behavioral capabilities and mortality risk in adults with and without Down syndrome. *Am J Ment Retard* 1996;101:269-81.
12. Dalton AJ, Crapper-McLachlan DR. Clinical expression of Alzheimer's disease in Down's syndrome. *Psychiatr Clin North Am* 1986;9:659-70.
13. Oliver C, Holland AJ. Down syndrome and Alzheimer's disease: a review. *Psychol Med* 1986;16(2):307-22.
14. American Association of Mental Retardation. *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza editorial, 2004.
15. Verdugo Alonso MA. Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana de Retraso Mental en 2002. *Siglo Cero* 2003;205: 5-19.
16. Millán JC. (coord.) *Inclusión socio-laboral y envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual*. A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias, 2003.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fourth edition, text revised*. Washington DC: APA, 2000.
18. Pichot P. *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
19. Lai F, Williams RS. A prospective study of Alzheimer disease in Down syndrome individuals. *Arch Neurol* 1989;46(8):849-53.
20. Evenhuis HM. Further evaluation of the Dementia Questionnaire for Persons with Mental Retardation. *J Intellect Disabil Res* 1996;40(4):369-73.
21. Ribes R, Sanuy J. Indicadores cognitivos del proceso de envejecimiento en las personas con Síndrome de Down. *Rev Mult Gerontol* 2000;10(1):15-9.
22. Urv T, Zigman W, Silverman W. Maladaptive behaviors related to adaptive decline in aging adults with mental

retardation. *Am J Ment Retard* 2003;108(5):327-39.

23. Devenny DA, Silverman WP, Hill AL, Jenkins E, Sersen EA, Wisnewshi KE. Normal aging in adults with Down's syndrome: a longitudinal study. *J Intellect Disabil Res* 1996;40:208-21.

24. Jones LA. Census-based prevalence estimates for mental retardation. *Ment Retard* 1979;17:199-201.

25. García Fernández JM, Pérez Cobacho J, Berruelo Adelantado P. *Discapacidad intelectual. Desarrollo, comunicación e intervención*. Madrid: CEPE, 2002.

26. Lambert JL, Rondal JA. *El mongolismo*. Barcelona: Herder, 1982.

27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fourth edition, text revised*. Washington DC: A.P.A., 2000.

28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edition). Washington DC: American Psychiatric Association 1980.

29. Cooper SA. Clinica study of the effects of age on the Physical health of adults with Mental Retardation. *Am J Ment Retard* 1998;102(6):582-9.

30. Morgan C, Baxter H, Kerr M. Prevalence of epilepsy and associated health service utilization and mortality among patients with intellectual disability. *American J Ment Retard* 2003;108:293-300.

31. Jansen DE, Krol B, Groothoff JW, Post D. People with intellectual disability and their health problems: a review of comparative studies. *J Intellect Disabil Res* 2004;48(2):93-102.

32. Holden B, Gilliesen JP. The association between severity of intellectual disability and psychiatric symptomatology. *J Intellect Disabil Res* 2004;48(6):556-62.

33. Cooper, SA. The psychiatry of elderly people with mental handicaps. *Int J Geriatric Psychiatry* 1992;7:865-74.

ANEXO

Datos Personales				
Nombre:				
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	1. Hombre	2. Mujer
Estado Civil:	0. Ns/Nc	1. Soltero	2. Casado	3. Viudo
Datos referidos a la Discapacidad Intelectual				
Grado de RM (C.I.)	0. Ns/Nc	1. Limite (70-80)	2. Leve (51-69)	
	3. Moderado (50-35)	4. Sev./Profundo (34-20)		
Grado de minusvalía	0. Ns/Nc	1. <33%	2. entre 33-60%	
	3. entre 60-75%	4. >75%		
Etiología:				
<i>Congénitas:</i>				
0. Ns/Nc				
1. <i>Hereditarias:</i>				
1a. Sme. Down	1b. Sme X Frágil	1c. Sme West	1d. Hipotiroidismo congénito	
1e. Espina bifida	1f. Agenesia	1g. Cardiacas	1h. Otorrinolaringológicas	
1i. Cataratas congénitas	1j. Otras			
2. <i>Antes del nacimiento:</i>				
2a. Rubéola	2b. Varicela	2c. Sarampión	2d. Hepatitis	
2e. Amenaza de aborto	2f. Incompatibilidad RH	2g. Accidentes	2h. Ingestión de fármacos	
2i. TBQ	2j. HTA	2k. DBT	2l. CMV	
2m. TOXO	2n. HIV	2o. Consumo alcohol	2p. Exp. ↑ Temperaturas	
2q. Otras				
3. <i>Durante el nacimiento:</i>				
3a. Parto Prematuro	3b. Fórceps	3c. Sufrimiento fetal por anoxia	3d. Fenilcetonuria	
3e. Otras				
<i>Adquiridas: (después del nacimiento)</i>				
0. Ns/Nc	1. Meningitis	2. Encefalitis	3. Sarampión	
4. Paperas	5. Ototoxicidad	6. Accidentes	7. Parálisis Cerebral	
8. Poliomieltitis	9. Meningocele	10. ↓ Agudeza Visual	11. Hipoacusia	
12. Otras				
Desconocida				

(Cont.)

(Cont.)

Datos sociolaborales y nivel de instrucción:				
Ocupación/profesión:	0. Ns/Nc 4. Ordinario	1. Desempleado 5. Cent. Esp. Emp.	2. Jubilado	3. Taller ocupacional
Convivencia:	0. Ns/Nc 4. Tutor	1. Solo 5. Mixto	2. Familia	3. Institución
Nivel de Formación:	0. Ns/Nc 4. FP	1. Lectura 5. FL no reglada	2. Lee y escribe 6. ESO	3. Primarios
Ingesta de alcohol:	0. Ns/Nc 4. Excesivo	1. No consume	2. Leve	3. Moderado
Antecedentes personales:				
0. Ns/Nc				
1. Cardiovasculares:				
1a. ACV	1b. HTA	1c. FA	1d. Arteriosclerosis	1e. Otras
2. Metabólicas:				
2a. Hipertiroidismo	2b. Hipotiroidismo	2c. Déficit Ác. Fólico/B12	2d. DBT	2e. Otras
3. Respiratorias:				
3a. Insuf. Respiratoria	3b. EPOC	3c. EPIC	3d. SAOS	3e. Otras
4. Infecciosas:				
4a. Neurolues	4b. SIDA	4c. Poliomieltitis	4d. Meningitis	4e. Otras
5. Renales:				
5a. IRC	5b. ITU	5c. Incontinencia urinaria	5d. Otras	
6. Neuropsiquiátricas:				
6a. Enf. Parkinson	6b. Enf. Alzheimer	6c. Sme. Depresivo	6d. Epilepsia	
6e. Trast. Ansiedad	6f. Insomnio	6g. Hipersomnia	6h. Apatía	
6i. Agresividad	6j. Sme. Korsakoff	6k. Sme. Wernicke	6l. ACV	
6m. TEC c/PC	6n. Esclerosis Múltiple	6o. Neoplasia Cerebral	6p. Lesiones Medulares	
6q. Derrames 2rios a arteriosclerosis	6r. Miopatías	6s. Irritabilidad		
6t. Otras				
7. Locomotor:				
7a. Limitación Funcional MS	7b. Limitación Funcional MI	7c. Traumatismos		
7d. Plejías	7e. Movimientos Involuntarios	7f. Paresias		
7g. Artritis	7h. Quirúrgicas	7i. Otras		
8. Visual y Otorrinolaringológico:				
8a. Disminución AV	8b. Ceguera unilateral	8c. Hipoacusia		
8d. Sordera unilateral	8e. Mala condición buco-dentaria	8f. Paladar hendido		
8g. Cataratas	8h. Glaucoma			
9. Otros:				
9a. Deformidades	9b. Obesidad	9c. TBQ		
9d. Úlcera péptica	9e. Dermatológicas	9f. Pérdida del pelo		
9g. Hipogonadismo	9h. Neoplasias			
Consumo de fármacos				
0. Ns/Nc.	1. Ansiolíticos	2. Antidepresivos	3. Antipsicóticos	
4. Anticonvulsivantes	5. Hipnóticos	6. Antiparkinsonianos	7. Terapia electroconvulsivante	
8. Otros				
Observaciones				
Codigo Individual <input type="text"/>				
Codigo de estudio <input type="text"/>				