

Barrio del Campo, J.A.; Árias, M.; Ruiz Fernández, M^a I.; Vicente Castro, F.
ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL; LA NUEVA ETAPA

International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 1, núm. 2, 2007, pp. 43-56
Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores
Badajoz, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832315003>



*International Journal of Developmental and
Educational Psychology,*

ISSN (Versión impresa): 0214-9877

fvicente@unex.es

Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y
Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores
España

ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL; LA NUEVA ETAPA

J.A. Barrio del Campo
M. Árias

Universidad de Cantabria

M^a I. Ruiz Fernández

F. Vicente Castro

Universidad de Extremadura

España

RESUMEN

Según los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud: Año 1999 (INE 2000), el número de personas con Discapacidad Intelectual ancianas aumenta en la misma proporción que en la población general española. Estudios realizados al hilo de esta encuesta reflejan que la esperanza de vida en las personas con Discapacidad Intelectual más allá de los 65 años de edad ha aumentado en 7 años para los hombres y en casi 11 para las mujeres. Este nuevo horizonte precisa de una mejora en la calidad de atención desde diversos contextos basándose, en nuestra opinión, en la organización de programas de valoración-intervención geriátrica dentro de los cuales realizar una valoración y detección multidimensional de déficit en la esfera clínico-médica, funcional, mental y social, con el fin de lograr un plan individual e integral de tratamiento y seguimiento orientado hacia la funcionalidad del sujeto y el logro de niveles aceptables en su calidad de vida presente y futura.

Palabras Claves: Envejecimiento, discapacidad intelectual, tercera edad.

ABSTRACT

According to data from the Survey on Disability, and Health Status Weaknesses: Year 1999 (INE 2000), the number of elderly people with Intellectual Disability increases in the same proportion as the general population in Spanish. Studies conducted in the wake of this survey show that the life expectancy for people with Intellectual Disability beyond the age of 65 has increased by 7 years for men and almost 11 for women. This new horizon requires an improvement in the quality of care from different contexts based, in our opinion, in the organization of programs valoración-intervención geriatric within which to conduct an assessment and detection multidimensional deficit in the area clínico-médica, functional, mental and social, in order to achieve an individual plan and comprehensive treatment and follow-oriented functionality of the subject and achieving acceptable levels in the quality of their lives and future.

Keywords: Aging, intellectual disabilities, the elderly.

INTRODUCCIÓN

Uno de los rasgos definitorios de la población actual es su envejecimiento por lo que la vejez es a día de hoy, primero, un destino social y, segundo, una modificación funcional orgánica.

Reflexionemos inicialmente en el hecho de que cuando se habla de Discapacidad Intelectual generalmente se relaciona de inmediato este término con otros como prevención, atención temprana, integración educativa, laboral, accesibilidad, rehabilitación, etc. Casi siempre evocamos la idea de personas que tienen necesidades especiales durante la infancia, en la juventud o en la vida adulta. Muy pocas veces se relaciona la discapacidad con senectud.

Son numerosos los estudios y manuales especializados en Gerontología que afirman que la vejez y la senectud han de contemplarse como un proceso diferencial y no como un estado. Se trata por tanto de un proceso gradual que transcurre a lo largo de un tiempo muy limitado y en el que intervienen factores de todo tipo que irán modelando y configurando, a través de los efectos acumulativos o compensatorios, el sello con que cada ser humano alcanza la vejez. Envejecer, por lo tanto, es un proceso natural y continuado que se inicia en el momento de la concepción y se extiende hasta la muerte del individuo. Por ello, el envejecimiento ha de entenderse como un proceso que engloba múltiples etapas, perfectamente diferenciables entre sí, las cuales constituyen un todo indivisible. Dichas etapas son de tipo biológico, psicológico y social.

En las personas mayores con Discapacidad Intelectual la interacción entre estos aspectos biológicos, psicológicos y sociales es el factor más importante para el funcio-

namiento, a todos los niveles, de estas personas. De hecho, esta interacción, es centro de muchas investigaciones y proyectos en la actualidad.

No debemos olvidar que este fenómeno, el envejecimiento poblacional y con él el aumento en la esperanza de vida, del que ya se viene hablando desde hace décadas y que afecta en igual medida a personas con y sin Discapacidad Intelectual es el resultado en gran medida de los avances en medicina y salud, la terapia antibiótica, tratamiento de las infecciones y la cirugía vascular principalmente, y del nivel de desarrollo y progreso alcanzado por la sociedad actual.

Dentro del campo de la Discapacidad existen factores como el incremento de los recursos específicos de atención psicosocial, la información y una mayor sensibilización social, que han ido derivando en un aumento de la calidad de vida en todas sus facetas. No obstante, las condiciones relativas a la edad biológica en cuanto a su impacto sobre la salud son y serán similares a las de la población en general (Enfermedad cardíaca coronaria, diabetes tipo II, cáncer, artritis, pérdida de audición y vista, procesos demenciales, etc.) así como los factores de riesgo para la misma (obesidad, tensión arterial alta, colesterol alto, falta de ejercicio, hábitos nocivos, etc.)

Según los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud: Año 1999 (INE 2000), el número de personas con DI ancianas aumenta en la misma proporción que en la población general española. Estudios realizados al hilo de esta encuesta reflejan que la esperanza de vida en las personas con DI mas allá de los 65 años de edad ha aumentado en 7 años para los hombres y en casi 11 para las mujeres.

Este nuevo horizonte precisa de una mejora en la calidad de atención desde diversos contextos basándose, en nuestra opinión, en la organización de programas de valoración-intervención geriátrica dentro de los cuales realizar una valoración y detección multidimensional de déficit en la esfera clínico-médica, funcional, mental y social, con el fin de lograr un plan individual e integral de tratamiento y seguimiento orientado hacia la funcionalidad del sujeto y el logro de niveles aceptables en su calidad de vida presente y futura.

Ya no podemos asociar la vejez en Discapacidad a una edad específica (estado), sino que habrá que determinarla de acuerdo a la realidad (proceso) de cada caso específico. Nos encontramos por tanto ante nuevos retos e interrogantes en temas de prevención, desarrollo e intervención dirigidos a esta población cada vez más abundante y longeva. Conocer las características propias de esta "tercera edad" es un punto de partida fundamental para lograr la mejora de su Calidad de Vida.

La doble condición

“Las personas con discapacidad intelectual no son enfermos, son unos ciudadanos más que en el ámbito de la salud y de la asistencia sanitaria pueden presentar singularidades y especialidades que el sistema de salud tiene que atender y dar respuesta.” (Extracto del Primer punto del decálogo conclusión del seminario de la atención sanitaria a las personas con discapacidad, cermi/insalud. Madrid, 28 de noviembre de 2001.)

Ya ha sido señalado que las características de las personas con Discapacidad Intelectual son al mismo tiempo iguales y diferentes de la población mayor de 65 años en general. El envejecimiento orgánico y las necesidades de servicios son propios del grupo de edad fuera de otro tipo de clasificación. Las diferencias se explicarían más por la discapacidad vivida que por la edad. No podemos obviar que la persona con DI que envejece tiene una doble condición: la edad avanzada- junto a los procesos biológicos aparejados a ella- y una limitación de conductas adaptativas inherente a la discapacidad (HH.SS, comunicación, etc.) la cual, por ello, al llegar la senectud precisa de ayudas significativas y en muchos casos importantes, para cada uno de los aspectos de la autonomía y en particular en las AVD.

Cierto es que existen ciertas particularidades referidas al envejecimiento orgánico en las personas con discapacidad intelectual, las cuales también difieren según el origen y el tipo de D.I. En estas personas se produce un envejecimiento prematuro lo que justifica que diversos autores hayan establecido el inicio de la senectud, en este colectivo, a partir de los 45 años; apoyándose así mismo en el hecho del aumento de la tasa de mortalidad a partir de la edad indicada.

En general se considera que el proceso de envejecimiento llega a la vejez alrededor de los 40-50 años de edad. Sin embargo el criterio determinante no es siempre la edad cronológica sino la situación real en la que viven y han vivido estas personas.

Algunos factores que pueden incidir en la aceleración de este proceso son:

1. Deterioro físico y cognitivo (derivados o no de la propia discapacidad).
2. Entornos que no favorecen la asunción de responsabilidades, la toma de decisiones y la realización de actividades propias de la vida adulta.
3. La edad avanzada de muchos padres y madres que desarrollan su habitual rol de cuidadores con mayor dificultad.

Pero otros aspectos pueden también acelerar el proceso de envejecimiento como son la aceptación de la muerte y la magnitud de las reacciones individuales a situaciones de estrés debido a los efectos negativos sobre las capacidades cognitivas, la autoestima y la auto percepción de competencia (repetición de experiencias negativas y a veces ayuda social deficitaria).

A pesar de ello, no debemos olvidar que pueden tener formas de vida activas y con un buen nivel de calidad, a pesar del declive funcional normal producido por este proceso universal. Y es que este declive debe ser separado de las pérdidas específicas debidas a enfermedad física, procesos demenciales, depresión y pérdidas sensoriales, entre otras.

La vejez no es sinónimo de enfermedad, pero debemos tener en cuenta que las personas con Discapacidad Intelectual que ahora llegan a la vejez han restringido por lo general su rol social y tienen redes sociales pobres y limitadas lo cual produce la consiguiente pérdida de oportunidades de experimentar y aprender tareas que las personas mayores de la población general han podido experimentar habitualmente. Pensar concretamente en personas que hayan pasado la mayor parte de su vida en ambientes institucionales, por ejemplo, o excesivamente protectores.

Seltzer, ya en 1993, presentó un modelo en el cual los antecedentes individuales, sociales y ambientales, que obran recíprocamente, formarían un sistema individual que nos indicaría las oportunidades o modos en que la persona con DI va a enfrentar su vejez: Se envejece como se vive.

Esta última frase tiene una gran importancia a la hora de atender a la población con Discapacidad Intelectual ya que viene a decirnos, como hemos señalado anteriormente, que la vejez es una etapa pero que el envejecimiento es un proceso que dura toda la vida.

¿Y la atención? : La atención también debe ser un proceso.

Como vemos, esta nueva situación genera ciertos desconciertos. Se plantean nuevos interrogantes e ineludiblemente se requieren nuevas formas de intervención para atender de forma integral a las demandas de las personas con discapacidad en esta nueva etapa de su vida.

Proceso de envejecimiento

Es sabido que los individuos con Discapacidad Intelectual presentan un mayor repertorio de problemas físicos, además de aquellos asociados al envejecimiento, debido a cuestiones genéticas subyacentes, daños cerebrales de diversa etiología y al estilo de vida ya citado y basado en desventajas. Estas situaciones resultan por lo general en problemas de salud como pueden ser una peor movilidad, problemas nutricionales, de higiene y un bajo control sobre enfermedades de tipo crónico.

Las tres principales causas del mayor número de problemas de salud de las per-

sonas con Discapacidad intelectual en la etapa de la vejez, según la opinión de los expertos, son:

1. Etiología de la discapacidad intelectual 80%.
2. Menor valoración del riesgo 60%.
3. Efectos secundarios de la medicación 60%.

De entre las investigaciones llevadas a cabo sobre salud física, vejez y Discapacidad Intelectual, donde se compara la salud física de adultos jóvenes y mayores con discapacidad intelectual se concluyen aspectos como los siguientes:

1. Los ancianos con discapacidad intelectual tienen índices significativamente mayores de enfermedades psiquiátricas, principalmente debido a la aparición de la demencia.
2. Los índices de demencia son mucho mayores en las personas con retraso mental que en la población general a igual edad.
3. El hipotiroidismo es más frecuente entre los ancianos con retraso mental que en la población general.
4. Las enfermedades respiratorias son más frecuentes entre los mayores con RM que en los más jóvenes.
5. En el estudio de Cooper (1998) se evidencia un mayor porcentaje de enfermedades cerebro-vasculares y de hipertensión en el grupo de personas de edad avanzada con Discapacidad Intelectual que en las jóvenes.
6. La epilepsia se encontró entre el 25% de los sujetos con edad avanzada frente al 20% de los individuos más jóvenes.
7. Los ancianos con Discapacidad Intelectual tienen en comparación con la población general un mayor porcentaje de enfermedad cerebro-vascular, de epilepsia y de enfermedad de Parkinson

En general, los cambios observados durante este proceso de envejecimiento en las personas con Discapacidad Intelectual, que afectan a todos los ámbitos de su calidad de vida y las de sus familias como en la población general, son:

1. Trastornos sensoriales: principalmente de audición y visión, difíciles de detectar muchas veces, por la propia discapacidad y las dificultades de comunicación.
2. Trastornos psíquicos: pérdidas de memoria asociadas a la edad, demencias, psicosis, delirios, paranoias, ritos neuróticos.
3. Trastornos emocionales: soledad, depresión, somnolencia, irritabilidad, labilidad emocional, inseguridad y angustia.
4. Trastornos en el comportamiento: apatía, menor motivación, aburrimiento y desinterés.
5. Trastornos físicos: pérdida de tono muscular, cansancio, limitaciones, movili-

dad más torpe, menos habilidad y aparición de enfermedades crónicas ligadas al envejecimiento.

6. Otros: aislamiento, reducción de las amistades, pérdida de la capacidad de adquirir nuevas destrezas, pérdida de los apoyos familiares, necesidad de más apoyos para la realización de todas las actividades de la vida cotidiana.

Salud mental

Como sabemos los trastornos de la salud mental comprenden las alteraciones del pensamiento, emociones y del comportamiento. Estos desordenes son causados por complejas interacciones entre las circunstancias físicas, psicológicas, socioculturales y hereditarias que rodean o han rodeado a cada persona en particular.

Parece ser que, a pesar de que las personas con Discapacidad intelectual han recibido poca atención por parte de los servicios de psiquiatría debido a la atribución de todos sus trastornos a la condición de discapacitados intelectuales, los factores estresores de tipo social, cultural, ambiental y de desarrollo tienen un impacto significativo en la aparición de trastornos psiquiátricos y del comportamiento en las personas mayores con DI. (Day y Jancar, 1994)

Los estresores pueden ser múltiples:

1. Biológicos: químicos, físicos, infecciosos, etcétera.
2. Psicológicos: eventos vivenciales, rasgos de personalidad, etcétera.
3. Sociales: familiares, culturales, etcétera.
4. El retiro (temprano o no), el ingreso económico, la soledad, los problemas de salud, la pérdida de personas significativas.

También, por supuesto, los factores de riesgo hereditario, como en el caso de la esquizofrenia o los desordenes bipolares se mantiene presentes en esta población.

Los trastornos mentales de mayor entidad, aunque menos frecuentes que los trastornos del comportamiento, son bastante frecuentes en las personas ancianas con Discapacidad Intelectual. Day y Jancar (1.994) revisaron la cuestión y encontraron un predominio de cerca del 10%. Algunos trastornos, como la Demencia, aumentan con la edad siendo la población más sensible aquella afectada por el Síndrome de Down.

**Tabla 1. Aparición y prevalencia (%) de la demencia tipo Alzheimer. A. Hofman et al., 1991.
(b) Cooper, 1997. (c) Van Dyke et al., 1998.**

| Edad (años) | Población General | Discapacidad sin Síndrome de Down (b) | Discapacidad con Síndrome de Down (c) |
|----------------|----------------------|---|---|
| 30-39 | - | - | 0-10 % |
| 40-49 | - | - | 10-25 % |
| 50-59 | - | - | 20-55 % |
| 60-64 | 1 % | - | 30-75 % |
| 65-69 | 1,4 % | 15,6 % | |
| 70-74 | 4,1 % | | |
| 75-79 | 5,7 % | 23,5 % | |
| 80-84 | 13 % | | |
| 85-89 | 21,6 % | 70 % | |
| 90-95 | 32,2 % | | |

Por lo general, la mayoría de los estudios encuentran que los trastornos del comportamiento son los más frecuentes en las personas con Discapacidad Intelectual a lo largo de todas las etapas del ciclo vital. No obstante los trastornos del estado de ánimo y de Ansiedad también aparecen frecuentemente.

Los trastornos del comportamiento son normalmente patrones desadaptados de conducta que interfieren en la actividad diaria del individuo y le limitan a la hora de responder a los cambios y a las demandas ambientales. El área mayormente implicada sería la Dimensión II “Conducta adaptativa” (habilidades conceptuales, sociales y practicas) de la ultima definición de la AAMR entiende por ésta “el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria” (Luckasson y cols. 2.002)

Este tipo de trastornos afecta a la calidad de vida en general. Implican un grave impacto tanto a nivel de funcionamiento cognitivo, como social y afectivo y es por ello de especial relevancia, aunque de difícil diagnóstico debido a la comorbilidad y a las variables individuales, aplicar tratamiento a todos aquellos susceptibles del mismo como puede ser la depresión.

Es muy importante el hecho señalado por Evenhuis (1997) de que las personas mayores con Discapacidad Intelectual, incluso ligera, no presentan quejas de manera

espontánea que llamen la atención sobre su proceso patológico, y así toleran trastornos importantes como el dolor torácico, la disnea o los problemas relacionados con la micción. Suelen expresar los síntomas de manera totalmente atípica: aumento de la irritabilidad, inactividad, pérdida de apetito, problemas de sueño, etc.

Estas peculiaridades en el diagnóstico obligan a plantear una estrategia específica basada en la consideración de una sintomatología característica:

1. Mejorar el conocimiento de los factores específicos de riesgo y de la presentación atípica de síntomas.
2. Promover la observación atenta por parte de los cuidadores, ya que conforme la persona con DI alcanza mayores cotas de autonomía resulta ser “menos vigilada”.
3. Realizar exploraciones de forma regular y pautada, como mínimo al igual que al resto de la población.
4. Aprender si aparecen o aumentan problemas de conducta o de insomnio como síntomas atípicos, los cuales parecen ser signos de alarma sobre la aparición de la depresión, demencia o dolor torácico.

Como vemos en este desafío aparecen también las barreras de la comunicación, y es que en muchos casos la combinación de las dificultades individuales, de ellos y nuestras, conduce a una carencia en la diferenciación entre enfermedad y Discapacidad Intelectual.

La evaluación de estos aspectos bio-conductuales implica la entrevista con la persona, cuidadores y familia así como la exploración del ambiente, potencial contribuidor a la aparición de la sintomatología.

La investigación en el campo de la salud mental indica la importancia de que las personas vivan su vida de acuerdo a sus motivaciones, de que manifiesten su autodeterminación. En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud junto con el IASSID (International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities) estudió diversos aspectos del envejecimiento de las personas con Discapacidad Intelectual. Referidas a la mejora de la calidad de vida de estas personas se encontraron necesidades como la de desarrollar programas de promoción para la Salud a través de estrategias preventivas con el fin de fomentar estilos de vida saludables. En todas las medidas a tomar el papel del apoyo social y, sobre todo, familiar tenía una gran importancia ya que estas personas y sus cuidadores, formales o informales, deberían conocer y aplicar prácticas saludables de nutrición, higiene, reducción en abuso de sustancias, sexualidad y otras con el fin de minimizar la dependencia y disminuir los riesgos para la salud..

Tabla 2. Síntomas de depresión y de demencia en adultos con síndrome de Down.
Información tomada de Aylward et al. (1995), Burt et al. (1992), Zigman et al. (1993)

| Síntomas propios tanto de Depresión como de Demencia | Síntomas Demencia | Síntomas Depresión |
|--|---|----------------------|
| Apatía / Inactividad | Convulsiones | Tristeza |
| Pérdida de habilidades de atención a sí mismo | Cambios de personalidad | Crisis de llanto |
| Depresión | Declive en la memoria visual | Fácil cansancio |
| Incontinencia | Pérdida del lenguaje | Declive psicomotor |
| Retraso psicomotor | Desorientación | Cambios de apetito |
| Irritabilidad | Preocupación excesiva sobre su propia salud | Conducta auto-lesiva |
| Falta de cooperación, terquedad | Incapacidad para orientarse | Conductas agresivas |
| Aumento de dependencia | Conducta estereotipada | |
| Pérdida de interés | Trastorno en su capacidad de aprendizaje | |
| Pérdida de peso | Pérdida de sus habilidades laborales | |
| Deterioro emocional | Temblor fino de dedos | |
| Conducta destructiva | Modificaciones del EEG | |
| Alucinaciones, delirios | Deterioro intelectual | |
| Dificultades para el sueño | | |

Necesidades

Por su parte Hogg y Lambe plantean un modelo de envejecimiento ecológico para las personas con discapacidad intelectual. En este paradigma se interrelacionan la relación con la familia, los apoyos comunitarios, el contexto social y los servicios que recibe la persona de la sociedad.

Dentro del campo de la familia, el envejecimiento de la persona con Discapacidad Intelectual puede generar, inicialmente, un gran desconcierto ya que no podemos olvidar que sigue existiendo, en menor medida, la inadecuada concepción de la persona con D.I como “*eterno niño*”, en abierta contradicción con el proceso evolutivo de toda persona.

Llegados a esta etapa de la vida las necesidades tanto de las familias como de los propios protagonistas y de la población en general podrían ser:

- Ser aceptados.
- Tener recursos económicos.
- Contar con ayudas.
- Tener una vida significativa.
- Formación.
- Salud general.
- Facilitar la toma de decisiones.
- Disponer de recursos y apoyos.

Para promover el envejecimiento sano en las personas con Discapacidad Intelectual debemos centrarnos en el futuro, comenzando en la niñez y continuando en la vida adulta y la vejez. Ya hemos señalado como las condiciones de salud o enfermedad se relacionan mayormente con factores, a largo plazo, de nuestra forma de vivir, de nuestro estilo de vida más o menos saludable.

Por todo lo comentado, es necesario mejorar la calidad de atención desde diversos contextos como pueden ser:

1. Valoración y evaluación.
2. Relación con la familia.
3. Mejora de la calidad de vida.
4. Coordinación socio-sanitaria.
5. Ayudas técnicas.

Concluir diciendo que como en todo tipo de acción enmarcada en el ámbito de la discapacidad, todas las acciones deben darse dentro del marco de la calidad de vida, atendiendo al conjunto de las necesidades de las personas, interviniendo en aspectos como el bienestar emocional, relaciones personales, de bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y el ejercicio de sus derechos. Es necesario dar respuestas individualizadas a través de una intervención multidisciplinar, el trabajo con las familias y un mayor control de la salud física, psíquica y cognitiva. Así mismo se hace patente la necesaria actuación comunitaria para disminuir el grado de dependencia y la existencia de apoyos para realizar las actividades de la vida diaria.

Intervención

Las intervenciones en general deberían ir encaminadas a incorporar la mayor información posible a partir de la literatura psico-geriátrica y la existente sobre salud mental y discapacidad. Los profesionales de ambos ámbitos deberían enriquecerse para lograr una mayor efectividad en su labor por lo que ámbitos como la gerontología, discapacidad, servicios sociales y asistencia sanitaria deben acercarse y generar en los profesionales la necesidad de formación.

Pensar que muchas veces los profesionales relacionados con la Discapacidad Intelectual acostumbrados a tratar con personas mas jóvenes no cuentan con habilidades y estrategias para abordar los trastornos geriátricos, y los que se desenvuelven en contextos gerontológicos desconocen como abordar las situaciones de Discapacidad.

Idealmente, las intervenciones en los trastornos mentales y del comportamiento deberían darse considerando en primer lugar la prevención primaria, es decir, la promoción y protección de la Salud. Este nivel de prevención tiene como objeto disminuir la probabilidad de ocurrencia de las afecciones y enfermedades. La promoción de la salud general se lleva a cabo a través de actividades de educación, vivienda, exámenes periódicos de salud, etc.

La Prevención secundaria en este tipo de casos englobaría ya la adopción de medidas encaminadas a diagnosticar y atender tempranamente la enfermedad. Implica la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento adecuado a través de intervenciones de tipo bio-psico-social. Y por ultimo la prevención terciaria que como sabemos actúa cuando las lesiones patológicas son ya irreversibles y la enfermedad esta establecida centrándose en la rehabilitación.

Es crucial implicar a las personas, el personal, la familia y a la comunidad en el proceso de tratamiento y proporcionar el suficiente entrenamiento a los cuidadores para lograr que las intervenciones terapéuticas continúen una vez concluida la atención profesional.

DISCUSIÓN O CONCLUSIONES

1. Las personas que atienden a personas con Discapacidad Intelectual de todas las edades deben adoptar un acercamiento a esta realidad que reconozca la progresión del individuo, las consecuencias de enfermedades específicas y la necesidad de intervenciones terapéuticas.

2. Los niños que presentan Discapacidad Intelectual deben tener un proceso diagnóstico cuidadoso para que se optimice su cuidado medio, actual y futuro.

3. Las personas con Discapacidad Intelectual deben ser tratadas por expertos para poder identificar y tratar trastornos del desarrollo asociados tales como parálisis cerebral, epilepsia, trastornos de la visión, etc.

4. Ellos y sus cuidadores necesitan recibir una adecuada formación en prácticas como la nutrición, el ejercicio, la higiene, seguridad, etc.

5. Necesitan de la dotación de los recursos y apoyos para poder ejercitar sus propias opciones.

6. Debemos garantizar la calidad de vida y mantener la autonomía de las personas con discapacidad intelectual en la medida de lo posible.

7. Debemos planear otras actividades ocupacionales, adaptadas a su edad y estado de salud, porque aunque el envejecimiento es prematuro la esperanza de vida es larga.

REFERENCIAS

- Arostegi, I. (1999) Quality of life assessment in adults with mental retardation / Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental. In M.A. verdugo & F. de Borja (Eds.). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*, 405-414, Amari, Deusto.
- Aylward EH, Burt DB, Thorpe LU, Lai F, Dalton A. Diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 1997; 42: 152-164, 1997.
- Burt DB, Loveland, KA, Lewis KR. Depression and the onset of dementia in adults with mental retardation. *J Ment Retard* 1992; 96: 505-522.
- Cooper SA. High prevalence of dementia amongst people with learning disabilities not attributed to Down syndrome. *Psychol Medic* 1997; 27: 609-616.
- Cooper SA, Prasher VP. Maladaptive behaviours and symptoms of dementia in adults with Down's syndrome compared with adults with intellectual disability of other aetiologies. *J Intel Disabil Res* 1998; 42: 293-300.
- Day K, Jancar J. Mental and physical health and ageing in mental handicap: a review. *Journal of Intellectual Disability Research* 1994; 38: 241-56.
- Devenny DA, Silverman WP, Hill AL, Jenkins E, Sersen EA, Wisniewski KW. Envejecimiento normal en adultos con síndrome de Down: un estudio longitudinal. *Rev Síndrome Down* 1997; 14: 94-104.
- Evenhuis HM. Medical aspects of ageing in a population with intellectual disability: III. Mobility, internal conditions and cancer. *J Intel Disabil Res* 1997; 41: 8-18.
- Evenhuis HM. The natural history of dementia in ageing people with intellectual disability. *J Intel Disabil Res* 1997; 41: 92-96.
- Flórez J. Envejecimiento y síndrome de Down. ¿Alzheimer, sí o no? *Rev Síndrome*

- Down 1993; 10: 55-62.
- Flórez J. *Aspectos médicos del anciano con deficiencia mental*. En: Gafo J (ed). Deficiencia mental y problemas éticos en torno al final de la vida. Madrid, Pub. Univ. Pontificia Comillas 2000.
- Hofman A, Rocca WA, Brayne C, et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1989-90 findings. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 736-748.
- Kerr D. *Síndrome de Down y Demencia: Guía práctica*. Barcelona, Fundación Catalana Síndrome de Down 1999.
- Lambe, L. & Hogg, J. (1999) The Profound and Multiple Impairment Service (PAMIS): A programme to Increase the abilities of parents and carers of people with profound learning and multiple disabilities to deliver effective care in the family home. Paris, CESAP.
- Luckasson, R. y cols. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 10th Edition. Washington: AAMR
- McGuire DE, Chicoine BA. Trastornos depresivos en los adultos con síndrome de Down. *Rev Síndrome Down* 1997; 14: 11-16.
- Muñoz B.J.; Marín M.G. "Yo también digo 33". "Programa para el apoyo de la atención a personas con discapacidad intelectual en el ámbito de la salud". ESTUDIO DE NECESIDADES: Informe final. 28/05/2004. Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Prasher VP. End-stage dementia in adults with Down syndrome. *Int J Geriatr Psychiat* 1995; 10: 1067-1069.
- Seltzer, G., Begun, A., Magan, R., & Luchterhand, C. (1993). Social supports and expectations of family involvement after out of home placement. In E. Sutton, T. Heller, A. Factor, B. Seltzer & G. Hawkins (Eds.). *Older adults with developmental disabilities*. (pp.123-140). Baltimore: brookes.
- Sung H, Hawkins BA, Eklund SJ, Kim KA, Foose A, May ME, Rogers NB. Depression and dementia in aging adults with Down syndrome: A case study approach. *Ment Retard* 1997; 35: 27-38.
- Van Dyke DC, Harper DC, Dyken E. Alzheimer's disease and Down syndrome. *Down Syndrome Quart* 1998; 3 (No. 3): 1-11.
- Zigman WB, Schupf N, Zigman A, Silverman W. Aging and Alzheimer disease in people with mental retardation. En: Bray NW (ed), *International Review of Research in Mental Retardation* (vol. 19). New York, Academic Press 1993; p. 41-70.
- Zigman WB, Schupf N, Sersen E, Silverman W. Prevalence of dementia in adults with and without Down syndrome. *Am J Ment Retard* 1995; 100: 403-412.

Fecha de recepción: 12 abril 2007

Fecha de admisión: 22 septiembre 2007