

La salud en personas con Discapacidad Intelectual en España. El estudio Europeo POMONA-II

Rafael Martínez-Leal^{1,2,3}; Luis Salvador Carulla^{1,3,4}; Mencía Ruíz Gutiérrez-Colosía³; Margarida Nadal³; Ramón Novell Alsina⁵; Almudena Martorell⁶; Rodrigo García González-Gordón⁷; M^a Reyes Mérida Gutiérrez⁸; Silvia Angel⁹; Luisa Tejonero³; Alicia Rodríguez¹⁰; Juan Carlos García¹¹; Amado Pérez Vicente¹; José García Ibáñez^{1,12}; Francisco Aguilera Inés^{1,12}

1. UNIVIDD. Unidad de Investigación en Discapacidad Intelectual y Trastornos del Desarrollo. Fundación Villablanca, Grup Pere Mata. Reus, España
2. GAISAM. Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. CTS-322. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Granada, España.
3. AEEDRM. Asociación Española para el Estudio Científico de la Discapacidad Intelectual, Madrid, España. Asociación Científica PSICOST, Jerez, España.
4. Presidente del Grupo de Trabajo para la definición de la DI en la revisión de la CIE-11, OMS, Ginebra, Suiza.
5. Servicio Especializado en Salud Mental y Discapacidad Intelectual, Instituto de Asistencia Sanitaria, Girona, España.
6. Fundación Carmen Pardo-Valcarce, Madrid, España.
7. Departamento de Psicología, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.
8. ALBASUR. Asociación para el Desarrollo Integral de la Persona con Discapacidad Intelectual y su Familia; Priego de Córdoba, España.
9. Area Discapacitat Intel·lectual, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, España.
10. ASMELT. Asociación de Solidaridad con los Minusválidos Psíquicos, ElTorno-Jerez, España.
11. Universidad de Cádiz. Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España.
12. Facultad de Medicina, Universidad Rovira y Virgili, Reus, España.

Corresponding autor: Rafael Martínez-Leal. UNIVIDD. Unidad de Investigación en Discapacidad Intelectual y Trastornos del Desarrollo. Fundación Villablanca. Grupo Pere Mata. Carretera de Bellisens s/n 43206 - REUS (TARRAGONA) Teléfono: 977390011 ext. 81 Fax:977392363 martinezr@peremata.com

Agradecimientos: Agradecemos su colaboración al grupo POMONA-ESPAÑA (incluyendo a AFANAS-JEREZ) y al grupo POMONA-II EUROPA, entre quienes se encuentran: Germain Weber, University of Vienna, Austria; Geert van Hove, University of Ghent; Belgium; Frank Ulmer Jorgensen, Landsforeningen LEV, Denmark; Tuomo Maättä, Service Centre of Kuysanmaki, Finland; Charles Aussilloux, Service de Medecine Psychologique Enfants et Adolescents, Peyre Plantade, CHU, Montpellier & Bernard Azema, CREA, Languedoc Roussillon, France; Meindert Haveman, University of Dortmund, Germany; Patricia Noonan Walsh & Christine Linehan, UCD Centre for Disability Studies, University College Dublin, Ireland; Serafino Buono, IRCCS Oasi Maria SS, Troina, Italy; Dr Arunas Germanavicius, Vilnius University, Lithuania; Raymond Ceccotto, Fondation Association des Parents D'enfants Mentalement Handicapes, Luxembourg; H.M.J. van Schrojenstein Lantman-de Valk, University of Maastricht, the Netherlands; Dr Jan Tossebro, Norwegian University of Science and Technology Norway; Dr Alexandra Carmen Cara, Sc Medfam Apolo Srl, Romania; Dr Das^a Moravec Berger, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia; Luis Salvador-Carulla, University of Cadiz, Spain; Monica Bjo`rkman, Landstingets Hjärnskadecenter, Uppsala, Sweden; M.P. Kerr, Welsh Centre for Learning Disabilities, Cardiff University, Wales, UK.

Financiación: Este estudio ha sido posible gracias a la financiación de la Dirección General de Salud Pública y Protección del Consumidor de la UE. Public Health/Health Information. Pomona II (2004130). Las opiniones expresadas en este artículo no reflejan necesariamente las opiniones de la Comisión Europea de Salud Pública. La redacción de este trabajo ha sido posible gracias a la financiación de la Fundación Villablanca, Grup Pere Mata.

Los autores declaran que no existe ningún tipo de conflicto de interés.

Resumen

Fundamento y objetivos

Estudios internacionales demuestran que existe un patrón diferenciado de salud y una disparidad en la atención sanitaria entre personas con DI y población general. El objetivo de este estudio fue obtener datos sobre el estado de salud de las personas con DI y compararlos con datos de población general.

Material y método

Se utiliza el conjunto de indicadores de salud P-15 en una muestra de 111 sujetos con DI. Los datos de salud encontrados se compararon según el tipo de residencia de los sujetos y se utilizó la Encuesta Nacional de Salud 2006 para comparar estos datos con los de la población general.

Resultados

La muestra con DI presenta 25 veces más casos de epilepsia y el doble de obesidad. Un 20% presenta dolor bucal y existe una alta presencia de problemas sensoriales, de movilidad y psicosis. Sin embargo, encontramos una baja presencia de patologías como la diabetes, la hipertensión, la osteoartritis y la osteoporosis. También presentan una menor participación en programas de prevención y promoción de la salud, un mayor número de ingresos hospitalarios y un uso menor de los servicios de urgencia.

Conclusiones

El patrón de salud de las personas con DI difiere del de la población general y realizan un uso distinto de los servicios sanitarios. Es importante el desarrollo de programas de promoción de salud y de formación profesional específicamente diseñado para la atención de personas con DI, así como la implementación de encuestas de salud que incluyan datos sobre esta población.

Palabras clave: discapacidad intelectual.retraso mental.trastornos del desarrollo. indicadores de salud.disparidades en salud.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad intelectual (DI) antes denominada “retraso mental”, es un meta-síndrome caracterizado por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en el aprendizaje[1] que se manifiesta por una disfunción en las habilidades prácticas, sociales y conceptuales.[2] Esta discapacidad comienza antes de los 18 años y entre su etiología coexisten factores genéticos, adquiridos (congénitos y del desarrollo), ambientales y socioculturales.[3] Se calcula que la DI afecta aproximadamente entre un 0.7% y un 1.5% de la población en países desarrollados,[4] lo que en España supone más de 400.000 personas afectadas. Las personas con DI presentan necesidades de apoyo en diferentes ámbitos como el desarrollo personal, la educación, las actividades de la vida cotidiana, el empleo, las relaciones sociales, la salud, etc.[5] Estas necesidades varían en cuanto al grado de intensidad en el que son requeridas, pudiendo ir desde apoyos puntuales en momentos determinados de la vida hasta un apoyo continuado e intenso que puede ser requerido de forma diaria en diferentes ámbitos.[2]

De especial importancia resultan las necesidades de atención en el campo de la salud, ya que diferentes estudios proponen que existen un alto número de necesidades no cubiertas en este ámbito, sobre todo en pacientes que reciben atención comunitaria. Entre estas necesidades de atención no cubiertas incluimos el ensombrecimiento diagnóstico (las enfermedades físicas son interpretadas como parte de la DI),[6] la existencia de enfermedades comunes y/o graves para las que no se recibe tratamiento,[7] las dificultades para acceder a los servicios de atención primaria y la

escasa participación en actividades de promoción de la salud.[8] Algunos autores apuntan a que estas deficiencias en la atención sanitaria podrían estar motivadas por el hecho de que la desinstitucionalización de las personas con DI no ha sido acompañada de una adaptación de los servicios sanitarios, lo que ha provocado que un número mayor de las personas de este grupo con limitaciones más graves acuda a servicios sanitarios menos especializados que los que existían en las residencias institucionales.[9;10]

Una atención sanitaria especializada con servicios cualificados es de vital importancia para la población con DI ya que estas personas presentan un perfil de necesidades de salud diferenciado[11] y unas tasas mayores de mortalidad y morbilidad, así como un incremento en la utilización de servicios de salud.[12;13] Además, se han reportado tasas mayores de prevalencia y/o riesgo para enfermedades importantes como epilepsia, diabetes y estreñimiento crónico,[13] VIH y enfermedades de transmisión sexual,[14] reflujo gastrointestinal,[15] demencia,[16] cáncer gastrointestinal,[17] enfermedad tiroidea,[18] osteoporosis,[19] alergias,[20] parálisis cerebral, síndromes genéticos y enfermedades del sistema genito-urinario entre otras.[21] Al riesgo de mayor morbilidad de enfermedades físicas debemos añadir que las personas con DI también presentan mayores tasas de obesidad y de trastornos mentales así como menores tasas de salud cardiovascular, de vacunaciones y de chequeos de salud preventivos que la población general.[11;18] Otra de las barreras que restringen el acceso de las personas con DI a los servicios de salud y dificultan el diagnóstico es la alta prevalencia de déficit sensoriales y problemas de movilidad.[22] Las cuestiones aquí expuestas en cuanto a las deficiencias de los servicios, al alto número de necesidades no cubiertas y a las disparidades encontradas en la salud de las personas con DI son un hecho reconocido

a nivel Europeo[11;21;23] y por ello se están desarrollando objetivos concretos e indicadores de salud específicos para esta población.[10;24;25]

Sin embargo, la realidad nacional es bien distinta. La gran atención que acapara este tema a nivel internacional contrasta con la escasez de estudios e iniciativas adoptadas para mejorar la atención en salud de las personas con DI en España. Una excepción a esta última afirmación la encontramos en el área de la salud mental, ya que en algunas CCAA se han establecido servicios especializados de salud mental para personas con DI[26] y porque algunas instituciones han publicado guías profesionales en este campo.[27] Sin embargo, siguen existiendo importantes carencias en cuanto a la salud primaria y la atención especializada de segundo nivel para adultos con DI.

En este artículo presentamos los datos de un estudio transversal realizado con el fin de conocer el estado de salud de personas con DI residentes en España y de participar en el desarrollo de un conjunto de indicadores de salud Europeo para personas con DI.

MÉTODO

Este estudio forma parte del proyecto europeo POMONA-II “Aplicación de un conjunto de indicadores de salud para personas con DI en Europa” (2005-2008). El proyecto utiliza un conjunto de indicadores de salud consensuado a nivel europeo por el mismo grupo de trabajo[11;25] en 14 países de la UE entre los que se incluían: Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburgo, Rumania, Eslovenia, España y Reino Unido. Aquí reportamos los

resultados encontrados en la muestra española y los comparamos los indicadores de salud en población general disponibles en el Instituto Nacional de Estadística.

Muestra

Se seleccionó un área geográfica amplia y se contactaron diferentes servicios residenciales y comunitarios con el fin de identificar a las personas con DI que vivían en la misma. Para incluir a las personas que vivían en su propio hogar se usaron los registros de los proveedores de servicios. Un total de 111 personas con DI fueron reclutadas y entrevistadas en diferentes servicios de atención de Andalucía y Cataluña. En los casos en los que los sujetos no podían responder debido a su nivel de DI o sensorial se entrevistó a un informante clave. Se tuvo en cuenta que los sujetos no debían ser seleccionados en cuanto a su estado de salud, por lo que no se utilizaron diagnósticos, registros médicos ni estancias hospitalarias para identificarlos. Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito. El procedimiento de muestreo y de obtención del consentimiento informado han sido publicados y pueden ser consultados con gran nivel de detalle.[25;28] Para el análisis que se realizó en este estudio dividimos la muestra por tipo de residencia, según viviesen en entornos comunitarios o en centros residenciales. Se consideraron centros residenciales aquellos en los que las personas disponían de alojamiento y de algún tipo de atención especializada presente durante la mayor parte del día.

Materiales

Se utilizó la entrevista de salud POMONA (P15)[25] que incluye un inventario de evaluación que recoge información socio demográfica, estado de salud, indicadores de

salud e información sobre los sistemas sanitarios del área, así como el registro (checklist) de la entrevista específica para ID, PASS-ADD[29] y el Inventario de conductas alteradas (ABC)[30]. Con objeto de comparar los datos de salud con los de la población general se utilizó la Encuesta Nacional de Salud 2006.[31]

Variables

Se incluyeron variables socio demográficas como edad, sexo, asentamiento urbano o rural, tipo de residencia e ingresos económicos. El estado de salud se evalúa en base a variables como epilepsia, crisis epiléptica en los últimos 5 años, dolor oral, índice de masa corporal (IMC), posibles trastornos de salud mental según el PASS-ADD checklist, trastornos de conducta según el ABC, déficit sensoriales, déficit de movilidad y nivel de DI. El consumo diario de tabaco, el consumo mensual de alcohol y el sedentarismo fueron considerados como hábitos de salud. Los chequeos médicos rutinarios, las vacunaciones y los screenings oncológicos fueron incluidos como actividades de promoción de salud y medicina preventiva. La entrevista POMONA (P15) también proporciona las siguientes variables: nivel de solvencia económica, número de necesidades, número de enfermedades padecidas, número de dificultades para la práctica de ejercicio, número de acontecimientos vitales estresantes, puntuación total de la PASS-ADD checklist y puntuación total de la ABC. Se extrajeron las variables comunes de la Encuesta Nacional de Salud 2006 para su comparación con sus equivalentes en la entrevista Pomona (P15).

Análisis estadístico

Utilizamos análisis estadísticos descriptivos, pruebas de Chi-cuadrado y análisis de varianza (ANOVA de un factor) para hacer las comparaciones entre grupos de variables dicotómicas y continuas. Creamos un modelo de análisis linear general univariante en el que el número de enfermedades padecidas por el paciente actuaba como variable dependiente. El nivel de discapacidad intelectual, el índice de masa corporal, el tipo de residencia, el tipo de actividad física diaria y la presencia de síntomas afectivos fueron incluidos como factores fijos. La edad y el sexo fueron incluidos como co-variables.. Para todos los cálculos estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.15.0.1.

Insertar aquí tabla 1.

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 111 pacientes. 65 sujetos procedían de centros de Cataluña y 50 de centros Andalucía. No se aprecian diferencias estadísticas significativas entre el origen de estas dos muestras teniendo en cuenta edad ($F(0.314)$; $p<0.576$); sexo ($X^2=0.321$; $p<0.702$), número de enfermedades ($F(0.077)$; $p<0.782$), síntomas de enfermedad mental ($F(0.538)$; $p<0.465$) o trastornos de conducta ($F(2.828)$; $p<0.096$).

Los resultados en cuanto a variables socio demográficas, indicadores de salud, déficit sensoriales y nivel de DI son presentados en la tabla 1. Si atendemos a variables socio demográficas entre pacientes que viven en entornos comunitarios o residenciales encontramos que los pacientes residenciales son significativamente mayores ($F(10.31)$; $p<.002$) mientras que los pacientes en entornos comunitarios viven predominantemente en centros urbanos ($X^2= 16,74$; $p<0.000$) y mantienen en mayor número empleos remunerados ($X^2=5.28$; $p<0.034$). Más del 22.5% de nuestra muestra presentaba epilepsia, mientras que en población general según la encuesta del INE 2006 esta cifra

es solo del 0,85%. Un 18.5% de la muestra presenta dolor bucal, siendo este significativamente más frecuente entre la población residencial ($X^2=6.042$; $p<0.025$). Respecto al índice de masa corporal, la población de personas con DI muestra mayores porcentajes de infra peso que la población normal (7.8% vs 1.76%) y duplica el porcentaje de obesidad (33.3% vs 15.56%) siendo esta diferencia más acusada en población comunitaria ($X^2=4,091$; $p<0,047$). Los déficit sensoriales como la dificultad para ver letra impresa (24.3%), la dificultad para ver objetos a más de cuatro metros (38.9%), los problemas de audición (10.1%), los problemas de movilidad (13.1%), los trastornos orgánicos (3.6%), los trastornos afectivos (8.4%) y los trastornos psicóticos (9.2%) están altamente presentes en esta población. La población con DI profunda está más presente en los dispositivos residenciales ($X^2=7,024$; $p<0,018$).

Insertar aquí tabla 2

En la tabla 2 presentamos los resultados relacionados con los hábitos de salud, las enfermedades y las medidas de promoción de salud. El consumo de alcohol y tabaco no es muy frecuente en relación con los datos de población general, siendo el consumo de alcohol prácticamente exclusivo de la población comunitaria ($X^2=3.846$; $p<0.059$). Un 59% de los entrevistados mantenían una actividad sedentaria y un 36.2% practicaba de forma regular una actividad suficiente como para ser considerada anabólica. El porcentaje de personas con enfermedades crónicas o severas está por debajo de la población general: diabetes (4.5% vs 6.03%), hipertensión (6.8% vs 18.89%), osteoartritis/reumatismo (2.3% vs 21.66%), osteoporosis (1.1% vs 4.88%) excepto en el caso del estreñimiento crónico (25% vs 7.30%). Las personas con DI tienen un mayor número de ingresos hospitalarios (20.2% vs 8.94%) pero un menor número de contactos de urgencias (18.7% vs 30.8%).

En cuanto a las actividades de promoción de salud, las tasas de vacunación son más altas que las de la población general, al menos en el caso de la vacunación antigripal. Sin embargo, existen diferencias significativas entre población comunitaria y residencial, siendo el porcentaje de vacunaciones más alto en esta última ($X^2=5.052;p<0.028$). El porcentaje de mujeres que nunca se han sometido a una mamografía (65.8% vs 47.49%) o nunca se han realizado un screening cervical (88.6% vs 31%) es mucho mayor en personas con DII. En este caso, también la población comunitaria es la que muestra porcentajes significativamente más bajos de mamografías ($X^2=8,908;p<0,005$). Por último, el 93.5% de los hombres nunca se ha realizado un screening testicular. En cuanto al uso de medicación se consumen un mayor número de fármacos en el entorno residencial que en el entorno comunitario ($F(8.281);p<0.005$).

No se producen diferencias significativas entre población comunitaria y residencial en cuanto a nivel de solvencia económica, nivel de necesidad de apoyo en diferentes áreas, número de enfermedades crónicas y/o severas, dificultades para realizar ejercicio ni de acontecimientos vitales estresantes. En cambio, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en cuanto puntuación total en el cuestionario de conductas alteradas ($F(4.571);p<0.035$) y puntuación total del PASS-ADD checklist ($F(4.672);p< 0.033$). En cuanto al modelo linear general univariante, el análisis de las diferentes variables no arrojó ningún dato significativo.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los datos encontrados, el patrón de necesidades de atención en personas con DI presenta un perfil diferenciado del de la población general. En comparación con

los datos disponibles de población general encontramos que la presencia de epilepsia en esta población es unas 25 veces mayor, que el porcentaje de población que presenta obesidad es prácticamente el doble, que alrededor de un 20% de la muestra presenta dolor bucal y que existe una alta presencia de problemas sensoriales y de movilidad. Estas cuatro áreas deberían ser tenidas en cuenta por lo profesionales de atención primaria y especializada que tratan a pacientes con DI. En comparación con los datos de la encuesta nacional de salud de 2006 y sobre todo teniendo en cuenta los altos porcentajes de sobrepeso y obesidad en las personas con DI sorprende la baja presencia de patologías como la diabetes, la hipertensión, la osteoartritis/artritis y la osteoporosis. Estudios posteriores deberán confirmar estos datos y comprobar que no se trata de un efecto de ensombrecimiento diagnóstico, explorando la posibilidad de que exista un alto número de personas con DI padeciendo enfermedades que no están siendo diagnosticadas ni tratadas.

Insertar aquí figura 1

En la **Figura 1** presentamos las áreas que consideramos de vital importancia a la hora de atender a una persona con DI. Hemos añadido un área que hace referencia a la necesidad de llevar a cabo chequeos completos de forma rutinaria teniendo en cuenta las dificultades de expresión y comprensión que presentan muchas personas con DI. Creemos importante este punto ya que tal y como apuntan algunos estudios internacionales,[32] los problemas de comunicación pueden estar entre las causas que provocan que el paciente no pueda quejarse, no pueda transmitir las causas de su malestar, no puedan aportar datos sobre su historial médico y no sean capaces de entender las opciones de tratamiento que tienen a su disposición. Esta ausencia de comunicación dificulta las labores de exploración diagnóstica y debe verse compensada

con la experiencia y la pericia del profesional. Sin embargo, tal y como señalan algunos autores, los programas formativos para los profesionales de salud que trabajan con personas con DI son insuficientes y las necesidades de atención que tienen las personas con DI contrastan con la escasez de recursos de salud especializados existentes.[33] Es necesario pues, que al igual que ocurre en otros países de nuestro entorno, los programas formativos oficiales para los profesionales de la salud incluyan contenidos específicos relacionados con la atención de las personas con DI y que se desarrollen programas de formación y entrenamiento orientados a los profesionales que ya trabajan con este colectivo.

A partir de los resultados de nuestro estudio hemos constatado que las personas con DI que viven en entornos residenciales presentan menores tasas de obesidad y mayor participación en actividades de prevención y promoción de salud que las personas que viven en entornos comunitarios, aunque también presentan mayor nivel de psicopatología y trastornos de conducta. Es necesario pues, diseñar programas y las personas con DI y que faciliten su participación.

Una de las limitaciones más importantes de nuestro estudio es el bajo tamaño muestral, debido a que el objetivo inicial del mismo era participar en el desarrollo de un conjunto de indicadores de salud Europeo para personas con DI y no el de realizar un estudio epidemiológico. Esto hace que nuestros resultados sean difícilmente generalizables al total de la población con DI en España y deban ser asumidos con cautela. Del mismo modo, al no tratarse de un estudio epidemiológico, la muestra estudiada fue una muestra de conveniencia en la que se trató de controlar el mayor número de variables posibles tal y como explicamos en el apartado de metodología, por lo que no se trata de una muestra aleatorizada. Sin embargo, pensamos que los resultados aquí presentados

arrojan algo de luz a un área de gran relevancia en la que hasta ahora no existían datos en nuestro país. Sirva de ejemplo los datos presentados por la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008),[34] en la que no se presentan datos sobre el estado de salud de las personas con DI y que además adolece de graves problemas en su metodología.[35] Además consideramos que nuestro estudio aporta resultados iniciales que abren una vía de investigación en cuanto a la salud de las personas con DI en España, siendo necesario el desarrollo de estudios epidemiológicos que contemplen un mayor nivel muestral y de encuestas de salud que contemplen a la población con DI.

Referencias

1. Salvador-Carulla L, Bertelli M. 'Mental retardation' or 'intellectual disability': time for a conceptual change. *Psychopathology* 2008;41:10-6.
2. Shalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ et al. *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010.
3. Katz G, Lazcano-Ponce E. Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Publica Mex* 2008;50 Suppl 2:s132-41.:s132-s141.
4. Larson SA, Lakin KC, Anderson L, Kwak N, Lee JH, Anderson D. Prevalence of mental retardation and developmental disabilities: estimates from the 1994/1995 National Health Interview Survey Disability Supplements. *Am J Ment Retard* 2001;106:231-52.
5. Thompson JR, Bradley VJ, Buntinx WH et al. Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellect Dev Disabil* 2009;47:135-46.
6. Ali A, Hassiotis A. Illness in people with intellectual disabilities. *BMJ* 2008;336:570-1.
7. Baxter H, Lowe K, Houston H, Jones G, Felce D, Kerr M. Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability. *Br J Gen Pract* 2006;56:93-8.
8. Alborz A, McNally R, Glendinning C. Access to health care for people with learning disabilities in the UK: mapping the issues and reviewing the evidence. *J Health Serv Res Policy* 2005;10:173-82.

9. Krahn GL, Hammond L, Turner A. A cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2006;12:70-82.
10. Sullivan WF, Heng J, Cameron D et al. Consensus guidelines for primary health care of adults with developmental disabilities. *Can Fam Physician* 2006;52:1410-8.
11. Walsh PN, Kerr M, van Schroyen Lantman-de Valk HM. Health indicators for people with intellectual disabilities: a European perspective. *Eur J Public Health* 2003;13:47-50.
12. Haverkamp SM, Scandlin D, Roth M. Health disparities among adults with developmental disabilities, adults with other disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina. *Public Health Rep* 2004;119:418-26.
13. Straetmans JM, van Schroyen Lantman-de Valk HM, Schellevis FG, Dinant GJ. Health problems of people with intellectual disabilities: the impact for general practice. *Br J Gen Pract* 2007;57:64-6.
14. Rohleder P, Swartz L. Providing sex education to persons with learning disabilities in the era of HIV/AIDS: tensions between discourses of human rights and restriction. *J Health Psychol* 2009;14:601-10.
15. de Veer AJ, Bos JT, Niezen-de Boer RC, Bohmer CJ, Francke AL. Symptoms of gastroesophageal reflux disease in severely mentally retarded people: a systematic review. *BMC Gastroenterol* 2008;8:23.:23.
16. Torr J, Davis R. Ageing and mental health problems in people with intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:467-71.
17. Kitchens DH, Binkley CJ, Wallace DL, Darling D. Helicobacter pylori infection in people who are intellectually and developmentally disabled: a review. *Spec Care Dentist* 2007;27:127-33.
18. Howells G. Are the medical needs of mentally handicapped adults being met? *J R Coll Gen Pract* 1986;36:449-53.
19. Leslie W, Pahlavan P, Roe E, Dittberner K. Bone density and fragility fractures in patients with developmental disabilities. *Osteoporosis International* 2009;20:379-83.
20. Almenara J, García R, Novalbos JP, Merello B, Abellán MJ, García C. Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. *Rev Esp Salud Pública* 1999;73:383-92.
21. Gustavson KH, Umb-Carlsson O, Sonnander K. A follow-up study of mortality, health conditions and associated disabilities of people with intellectual disabilities in a Swedish county. *J Intellect Disabil Res* 2005;49:905-14.
22. Janicki MP, Dalton AJ. Sensory impairments among older adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 1998;23:3-11.

23. House of Lords HoJCoR. A life like no other: a national audit of specialist inpatient healthcare services for people with learning difficulties in England. Healthcare Commission 2010. Internet: <http://www.publications.parliament.uk/pa/jt200708/jtselect/jtrights/40/40i.pdf>
24. Scholte FA. European Manifesto: basic standards of healthcare for people with intellectual disabilities. *Salud Publica Mex* 2008;50 Suppl 2:s273-6.:s273-s276.
25. van Schroyen Lantman-de Valk, Linehan C, Kerr M, Noonan-Walsh P. Developing health indicators for people with intellectual disabilities. The method of the Pomona project. *J Intellect Disabil Res* 2007;51:427-34.
26. García J, Feliu T, Usón M, Ródenas A, Aguilera F, Ramo R. Trastornos invisibles: las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual* 2009;40:38-60.
27. Novell R, Rueda P, Salvador-Carulla L. *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual: Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid: FEAPS, 2003.
28. Marja Veenstra MA, Walsh PN, van Schroyen Lantman-de Valk HM, Meindert J. Haverman, Kerr M, Weber G. Sampling and ethical issues in a multicentre study on health of people with intellectual disabilities. *Journal of Clinical Epidemiology* 2010; in press.
29. Gonzalez-Gordon RG, Salvador-Carulla L, Romero C, Gonzalez-Saiz F, Romero D. Feasibility, reliability and validity of the Spanish version of Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability: a structured psychiatric interview for intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2002;46:209-17.
30. Salvador-Carulla L, Novell R. *Guía práctica para la evaluación psiquiátrica en el retraso mental*. Aula Médica, 2001.
31. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase> 2008. Internet: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>
32. van Schroyen Lantman-de Valk HM, Metsemakers JF, Haveman MJ, Crebolder HF. Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. *Fam Pract* 2000;17:405-7.
33. Salvador-Carulla L, Saxena S. Intellectual disability: between disability and clinical nosology. *Lancet* 2009;374:1798-9.
34. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-08). <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase> 2009.
35. Grupo CONFIL. Documento de Consenso sobre el Funcionamiento Intelectual Límite. Madrid: Fundación Caja Madrid, 2010.

Tabla I. Variables sociodemográficas, indicadores de salud y nivel de DI

	Total	INE 2006	Comunitario	Residencial	Sig
N	111		80	31	
Edad, años, media (sd)	36.32(12.48)		34 (14,10)	42 (11,58)	F(10.31); p<.002
Urbano/rural	75/36		45/35	30/1	X2= 16,74;p<0.000
Empleo remunerado	31(27.8%)		18(22.5%)	13(41.9%)	X2=5.28; p<0.034
Epilepsia	25(22.5%)	0.85%	21(26.3%)	4(13.8%)	X2=2.035;p<0.154
Dolor en zona bucal	20(18.5)		10(12.8%)	10(33.3%)	X2=6.042;p<0.025
Sobrepeso IMC	30(33.3%)	37.8%	18(22.5%)	12(50%)	X2=4,091; p<0,075
Obesidad IMC	30(33.3%)	15.56%	26(32.5%)	4(16.7%)	X2= 4,091;p<0,047
Trastorno orgánico	4(3.6%)		2 (2.5%)	2(6.5%)	X2=0,948; p<0,320
Trastorno afectivo	9(8.4%)		5 (6.3%)	4(12.9%)	X2=1,143; p<0,279
Trastorno psicótico	10(9.2%)		5 (6.4%)	5(16.1%)	X2=2,515; p<0,144
Dificultad para ver letra pequeña	26(24.3%)		13(10.5%)	13(41.9%)	X2=7.380; p<0.012
Problemas de audición	11(10.1%)		5 (3.8%)	6(19.4%)	X2=4.097; p<0.072
DI Profunda	7(6.3%)		2 (2.5%)	5(16.1%)	X2=7,024; p<0,018

Tabla II Hábitos de salud, enfermedades y medidas de promoción de salud y prevención médica

	Total	INE 2006	Comunitario	Residencial	Sig
Consumo de tabaco diario	11(10%)	26.4%	9(11.4%)	2(6.5%)	$\chi^2=0.604$; $p<0.725$
Consumo de alcohol ocasional	9(8.12%)	19.8%	9(11.4%)	0(0%)	$\chi^2=3.846$; $p<0.059$
Actividad sedentaria	59(59%)		45(60%)	14(56%)	$\chi^2=0.124$; $p<0.816$
Actividad regular	31(31%)		22(29.3%)	9(36%)	$\chi^2=0.390$; $p<0.619$
Actividad deportiva	10(10%)		8(10.7%)	2(8%)	$\chi^2=0.148$; $p<1.000$
Actividad regular suficiente para ser considerada anabólica	38(36.2%)		27(35.1%)	11(39.3%)	$\chi^2=0.158$; $p<0.849$
Asma	4(4.5%)	4.60	2(3.3%)	2(7.4%)	$\chi^2=0.735$; $p<0.583$
Alergias	10(11.4%)	11.62	7(11.5%)	3(11.1%)	$\chi^2=0.002$; $p<1.000$
Diabetes	4(4.5%)	6.03	3(4.9%)	1(3.7%)	$\chi^2=0.064$; $p<1.000$
Cataratas	6(6.8%)	5.13%	4(6.6%)	2(7.4%)	$\chi^2=0.021$; $p<1.000$
Hipertensión	6(6.8%)	18.89%	3(4.9%)	3(11.1%)	$\chi^2=1.130$; $p<0.366$
Ataque cardíaco	1(1.1%)	0.99%	1(1.6%)	0(%)	$\chi^2=0.448$; $p<1.000$
Ictus, hemorragia cerebral	0(0%)	0.70	0(0%)	0(%)	
Bronquitis crónica, enfisema	5(5.7%)	4.1%	3(4.9%)	2(7.4%)	$\chi^2=0.216$; $p<0.640$
Osteoartritis/artrosis o artritis/reumatismo	2(2.3%)	21.66%	0(0%)	2(7.4%)	$\chi^2=4.624$; $p<0.092$
Osteoporosis	1(1.1%)	4.88	0(0%)	1(3.7%)	$\chi^2=2.285$; $p<0.307$
Úlcera gástrica o duodenal	2(2.3%)	3.61%	0(0%)	2(7.4%)	$\chi^2=4.624$; $p<0.092$
Tumor maligno	0(0%)	1.24%	0(0%)	0(0%)	
Migraña y Dolores de cabeza frecuentes	11(12.5%)	14.50%	9(14.8%)	2(7.4%)	$\chi^2=0.924$; $p<0.492$
Estreñimiento	22(25%)	7.30%	13(21.3%)	9(33.3%)	$\chi^2=1.443$; $p<0.288$
Hipo/Hipertiroidismo	4(4.5%)	3.35%	4(6.6%)	0(%)	$\chi^2=0.173$; $p<0.308$
Nunca se ha sometido a un chequeo médico completo	9(9.3%)		7(10%)	2(7.4%)	$\chi^2=7.478$; $p<0.007$
Vacunación gripe	66(67.3%)	20.18%	39(55.7%)	27(96.4%)	$\chi^2=15.076$; $p<0.000$
Vacunación tétanos	56(70.9%)		40(72.7%)	16(66.7%)	$\chi^2=0.297$; $p<0.600$
Vacunación hepatitis B	38(52.1%)		21(42.9%)	17(70.8%)	$\chi^2=5.052$; $p<0.028$
Control de presión arterial	97(91.5%)	89,87%	68(89.5%)	29(96.7%)	$\chi^2=1.432$; $p<0.440$
Control de colesterol	80(87.9%)	82.28%	55(84.6%)	25(96.2%)	$\chi^2=2.327$; $p<0.168$
No ha acudido a revisión de pecho	28(68.3%)		21(77.8%)	7(50%)	$\chi^2=3.285$; $p<0.070$
Nunca se ha hecho una mamografía	25(65.8%)	47.49%	20(83.3%)	5(35.7%)	$\chi^2=8.908$; $p<0.005$
No ha tenido screening cervical	31(88.6%)	31.04%	21(95.5%)	10(76.9%)	$\chi^2=2.772$; $p<0.134$
No ha tenido screening testicular	43(93.5%)		32(91.4%)	11(100%)	$\chi^2=1.009$; $p<1.000$
Acceso al dentista	101(98.1%)		72(97.3%)	29(100%)	$\chi^2=0.799$; $p<1.000$
Consumo de medicación, media			1.91(1.38)	2.74(1.29)	F(8.281); $p<0.005$

Fig. 1. Áreas importantes a tener en cuenta durante la exploración médica de un paciente con DI.

