

TÍTULO:

EXPLORACIÓN DE POSIBLES DIFERENCIAS EN VARIABLES RELEVANTES PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL CON O SIN SÍNDROME DE DOWN.

AUTORES:

Autor principal: Noemí Silva Ganso. Licenciada en Psicología.

Institución: Instituto Médico Pedagógico San Juan de Dios.

Dirección: Centro San Juan de Dios, Avda. de Madrid 68, 47008, Valladolid.

e-mail: sгноemi@yahoo.es

Co-autor: Hernán Alonso Dosouto. Doctor en Psicología.

Institución: Instituto Médico Pedagógico San Juan de Dios.

Dirección: Centro San Juan de Dios, Avda. de Madrid 68, 47008, Valladolid.

e-mail: hernanalonso1971@gmail.com

Resumen

Distintos estudios sobre discapacidad intelectual (por ejemplo Aguado y Alcedo, 2004) muestran que este colectivo ha visto incrementada progresivamente su esperanza de vida. Se presenta así un nuevo reto, prestar apoyo a personas con discapacidad intelectual que además puedan estar afrontando el envejecimiento como una etapa más de su vida, de cara a asegurar una buena calidad de vida. Las personas con discapacidad intelectual que además tiene diagnosticado síndrome de Down muestran un envejecimiento con unas características particulares (véase por ejemplo Rives y Sanuy, 2000) entre las que destacan: un envejecimiento precoz, y mayor probabilidad de aparición de sintomatología relacionada con demencias tipo Alzheimer. El objetivo de este estudio es comparar a personas con discapacidad intelectual y con o sin diagnóstico de síndrome de Down respecto a distintas variables que pueden afectar a un envejecimiento saludable, como el índice de masa corporal, el deterioro cognitivo, presencia de enfermedades físicas, presencia de patología psiquiátrica y realización de actividad física. Se exponen y discuten los resultados observados.

Abstract

Various studies about intellectual disability (eg Aguado and Alcedo , 2004) show that this group has progressively increased the life expectancy . Thus, a new challenge is presented , supporting people with intellectual disabilities who also may face aging as a stage in his life , in order to ensure a good quality of life. People with intellectual disabilities who also have been diagnosed with Down's syndrome show aging with particular characteristics (eg Rives and Sanuy , 2000) among which, premature aging , and a higher probability of symptoms related with Alzheimer-type dementias. The objective of this study is to compare people having Down syndrome with people having another intellectual disabilities over different variables that can affect healthy aging , such as body mass index , cognitive impairment , presence of physical illness, presence of psychiatric disorders and physical activity . Finally, the observed results are exposed and discussed.

1. Introducción

Discapacidad intelectual y envejecimiento

La forma de entenderse la discapacidad intelectual ha ido cambiando paralelamente a la propia denominación del concepto, así términos como "subnormal" o posteriormente "retraso mental" (AAMR, 2002) que coinciden con un momento en que se hacía referencia una comprensión del constructo basada principalmente en la capacidad cognitiva, se han sustituido en favor de otros como "discapacidad intelectual" que ofrecen un enfoque más basado en la interacción entre las capacidades del individuo y el ambiente. Actualmente, la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (en adelante AAIDD) plantea que la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa de la persona, tal y como se ha manifestado en sus habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años (AAIDD, 2011). De forma complementaria a esta definición, la AIDD plantea cinco premisas: a) Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura, b) una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales, c) en una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades, d) un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo, y e) Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorará.

En los últimos años, se ha observado un aumento significativo de la esperanza de vida de las personas que presentan discapacidad intelectual. Estudios como Aguado y Alcedo (2004), o Aguado, Alcedo, Arias y Rueda (2007) entre otros, han planteado que el número de personas con discapacidad intelectual mayor de 65 años se ha visto incrementado progresivamente. Este aumento de la longevidad, ha sido facilitado, entre otros factores, por las mejoras en la calidad de vida de este colectivo. Uno de los retos a los que han tenido que hacer frente las instituciones que prestan servicios y apoyo a este colectivo, es el diseño de planes de intervención dirigidos tanto a las necesidades de apoyo derivadas de la propia discapacidad intelectual, como a las limitaciones propias del envejecimiento.

Síndrome de Down, envejecimiento precoz y riesgo de demencia

Dentro del colectivo de personas con discapacidad intelectual es necesario considerar de forma especial a aquellas que tienen un diagnóstico de síndrome de Down, especialmente cuando se habla de afrontar el envejecimiento, pues a este síndrome se asocian características y peculiaridades que hacen que el proceso de envejecimiento al que se enfrenta una persona con discapacidad intelectual y síndrome de Down pueda diferir significativamente (en cuanto a la precocidad de aparición de deterioro) del de una persona que no tiene este diagnóstico, si bien es cierto que la manifestación

concreta en cada persona de las características que definen este síndrome puede también diferir significativamente.

Como indican Flórez y Ruiz (2006) El síndrome de Down o trisomía 21 es una entidad que en la actualidad constituye la causa genética más frecuente de discapacidad intelectual y malformaciones congénitas. Es el resultado de una anomalía cromosómica por la que los núcleos de las células del organismo humano poseen 47 cromosomas en lugar de 46, perteneciendo el cromosoma excedente o extra al par 21. Como consecuencia de esta alteración, existe un fuerte incremento en las copias de genes del cromosoma 21, lo que origina una grave perturbación en el programa de expresión de muy diversos genes, no sólo del cromosoma 21 sino de otros cromosomas. Este desequilibrio génico ocasiona modificaciones en el desarrollo y función de los órganos y sistemas, tanto en las etapas prenatales como postnatales. Consiguientemente, aparecen anomalías visibles y diagnosticables; unas son congénitas y otras pueden aparecer a lo largo de la vida. El sistema más comúnmente afectado es el sistema nervioso y dentro de él, el cerebro y cerebelo; por este motivo, casi de manera constante la persona con síndrome de Down presenta, en grado variable, discapacidad intelectual (Flórez y Ruiz, 2006, p. 48). La incidencia del síndrome de Down es variable y oscila desde 1 por 660 hasta 1 por 1.000 ó más nacimientos vivos. La incidencia es similar en las diversas etnias pero aumenta en función de la edad materna: 1 :800 (30-34 años), 1 :270 (35-39 años), 1 : 100 (40-44 años), 150 (mayores de 45 años), (Flórez y Ruiz, 2006, p. 49).

Como muchos estudios han mostrado (por ejemplo, Basile, 2008; Kaminker y Armando, 2008; Moran, 2013; La atención médica al adulto con síndrome de Down, s.f.) el síndrome de Down aparece asociado a una mayor probabilidad de presencia de patologías como: cardiopatías, siendo la más frecuente el prolapso de la mitral, epilepsia, hipotiroidismo, aproximadamente el 40% de personas con este síndrome, diabetes, con una incidencia cuatro veces mayor que en el resto de población, leucemia linfoblástica aguda, celiaquía, hiperlaxitud articular, que aumenta la probabilidad de pies planos, inestabilidad rotuliana o escoliosis. En la edad adulta existe también una mayor probabilidad de aparición precoz de pérdida sensorial (cataratas, pérdida de audición), apnea obstructiva del sueño, osteoartritis, problemas cervicales y osteoporosis. Si bien estos problemas de salud pueden afectar negativamente al afrontamiento de un envejecimiento saludable, quizá uno de los factores más determinantes de la aparición de signos y déficits propios de un envejecimiento precoz en personas con síndrome de Down, sea el hecho de presentan un elevado riesgo de desarrollar demencia tipo alzheimer (Rives y Sanuy, 2000; Boada, Hernandez, Badenas, Buendía y Tárraga, 2005; Farriols, 2012). Salvador y Novell (2002) por ejemplo, plantean que prácticamente todos los adultos con síndrome de Down entre 35 y 40 años desarrollan cambios

neuronales en el tejido cerebral característicos de la demencia tipo Alzheimer. Novell, Rueda, Salvador y Forgas (2003) de acuerdo con la afirmación anterior, indican además que, si bien las personas con síndrome de Down se muestran menos propensas a desarrollar enfermedades mentales comparadas con otros individuos con discapacidad intelectual, presentan sin embargo mayores tasas de demencia y depresión. Estamos pues de acuerdo con Esteba, Rivas, Baró y Novell (2006) cuando plantean que se hace necesaria la creación de programas específicos para personas mayores con síndrome de Down que contemplen las necesidades específicas de este colectivo y, en especial aquellas derivadas de un más que probable deterioro cognitivo precoz.

Objetivo

Considerando lo expuesto, el objetivo de este estudio ha sido profundizar en el conocimiento del proceso de envejecimiento de las personas con síndrome de Down. Para ello, se ha tratado de observar cómo distintas variables que pueden afectar a un envejecimiento saludable, (índice de masa corporal, el deterioro cognitivo, presencia de enfermedades físicas, presencia de patología psiquiátrica y realización de actividad física) se manifiestan en estas personas en comparación con otras que también presentan discapacidad intelectual pero sin diagnóstico de síndrome de Down.

2. Método

Participantes

Sesenta y siete personas entre 40 y 60 años ($M = 51,42$; $DT = 5,25$) participaron en este estudio, todos usuarios de alguno de los servicios que el centro San Juan de Dios de Valladolid ofrece a personas con discapacidad intelectual. Se decidió establecer este rango de edades al considerar, como se ha planteado en el apartado anterior, que las personas con discapacidad intelectual, y en especial aquellos diagnosticados con síndrome de Down, experimentan un envejecimiento precoz con síntomas que empiezan a manifestarse en torno a los 35 ó 40 años. Del total de la muestra, 19 personas tenían además diagnosticado síndrome de Down y los 48 restantes no. La media de edad de las personas con diagnóstico de síndrome de Down ($M = 45,53$; $DT = 3,99$) era inferior a la media de edad del grupo sin síndrome de Down ($M = 53,75$; $DT = 3,62$) según indicó un ANOVA de un factor ($p < .000$) en el que se introdujo como variable independiente la pertenencia a cada grupo (con o sin síndrome de Down) y como variable dependiente la Edad. Este dato era esperable, pues solamente dos personas de las 19 diagnosticadas con síndrome de Down pasaban de 50 años (52 y 55 años respectivamente) mientras que de los 48 participantes sin síndrome de Down, 36 personas pasaban de los 50 años, de los cuales 17 se situaban en un intervalo entre 55 y 60 años. Como se ha indicado en el apartado anterior, a pesar de que globalmente se ha observado un aumento en la esperanza de vida de las personas con discapacidad intelectual, las personas con síndrome de Down experimentan un envejecimiento precoz, que muy menudo se acompaña de patologías neurológicas y de tipo cardiaco, lo puede determinar que la esperanza de vida de este

colectivo sea menor comparada con otras personas con discapacidad intelectual pero sin síndrome de Down.

Variables observadas

Sintomatología de demencia. A todos los participantes se les pasó el *Dementia Questionnaire for Persons with mental Retardation* (DMR), que es una herramienta diseñada para facilitar el diagnóstico de demencia en adultos con discapacidad intelectual (Evenhuis, 1996). El DMR consta de 50 ítems y ofrece dos índices: índice cognitivo (SCS) índice social (SOS) y adicionalmente un índice general, que es la suma de los anteriores, y es el que se manejó en este estudio. Puntuaciones más altas indican la presencia de más síntomas de deterioro. Diversos estudios han ofrecido resultados satisfactorios tanto en la validez como en la consistencia interna del DMR y múltiples investigaciones se refieren a esta herramienta como instrumento adecuado para la detección de síntomas de demencia (Esteba, Dalmau, Ribas, Vila, Novell, y García, 2013).

Cuando se evalúa a una persona de forma individual con el DMR, se determina riesgo de demencia observando si los resultados superan el punto de corte establecido considerando el nivel de discapacidad intelectual de dicha persona (véase, por ejemplo Evenhuis, 1996; Novel y cols., 2007). Así pues para personas con discapacidad intelectual leve, puntuaciones $SCS > 7$ y/o $SOS > 10$ indicarían sintomatología de demencia. En personas con discapacidad intelectual moderada, puntuaciones $SCS > 25$ y/o $SOS > 15$ indicarían sintomatología de demencia, y en personas con discapacidad intelectual grave, puntuaciones $SCS > 34$ y/o $SOS > 15$ indicarían sintomatología de demencia. No obstante, el interés de este estudio no era establecer comparaciones individuales entre sujetos ni entre niveles de discapacidad intelectual, sino comparar dos muestras representativas de dos poblaciones (con síndrome de Down y sin síndrome de Down). En ambas poblaciones encontramos sin duda personas con discapacidad intelectual leve, moderada o grave, y esto también tuvo un reflejo en nuestras muestras. Así pues, a la hora de establecer comparaciones, dado nuestro interés grupal y no individual, utilizamos como criterios de comparación las puntuaciones medias generales de ambas muestras. Es decir, nuestro interés era saber si el colectivo en proceso de envejecimiento con síndrome de Down, como grupo de estudio, mostraba más indicios de demencia que el colectivo sin síndrome de Down. Considerando que en ambas muestras había una representación de personas con distintos niveles de discapacidad intelectual, establecimos una comparación entre las puntuaciones de ambas muestras. De forma similar se han establecido comparaciones tomando la media de las puntuaciones como referencia en otros estudios (por ejemplo Boada, y cols., 2005; Novel y cols., 2007). Dado que también queríamos observar si había diferencias en la evolución del deterioro cognitivo a lo largo del tiempo, procedimos a establecer dos tomas de datos para cada muestra, con un intervalo temporal de 12 meses.

Índice de masa corporal (IMC). Tal como es definido por la Organización mundial de la salud (en adelante OMS) (véase “Obesidad y sobrepeso”, 2012) es un indicador de la relación entre peso y talla utilizado para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos, entre el cuadrado de su talla en metros. Se calculó el IMC de cada uno de los participantes.

Enfermedades de carácter físico. Se consideraron para cada participante de cada grupo el número de diagnósticos de enfermedades con sintomatología y manifestación de carácter físico crónico (por ejemplo migrañas), no se consideraron los diagnósticos agudos que pudieran estar cursando en el momento del estudio.

Patología psiquiátrica. Se consideró para cada participante la presencia y número de diagnósticos de patologías psiquiátricas junto con la discapacidad intelectual.

Actividad física. Distintos estudios han puesto de manifiesto los efectos positivos del ejercicio físico adaptado para un envejecimiento saludable (por ejemplo Aparico, Carbonell y delgado, 2010; Casajus y Rodriguez, 2011; Moreno, 2005) quisimos observar en qué medida las personas los participantes, a lo largo del día, se implicaban en conductas que suponían algún grado de ejercicio físico. Se adoptó una regla de decisión común para todos los participantes que nos permitía puntuarlos en función del tipo de actividad que realizan diariamente en el taller ocupacional y de su participación en las distintas actividades y programas complementarios que el centro ofrece. Respecto a la actividad en los talleres ocupacionales, en algunos las tareas desarrolladas suponen un grado significativo de ejercicio / movilidad, por ejemplo el taller de jardinería, mientras que otros, por ejemplo los talleres vinculados al Centro de DIA, implican principalmente tareas de manipulado en las que la persona permanece la mayor parte del tiempo sentada, y a su vez otros podrían situarse en un punto intermedio. Respecto a las otras actividades (que denominaremos en adelante complementarias) puede distinguirse entre aquellas que implican un grado significativo de ejercicio (por ejemplo actividades de deporte adaptado) otras que se situarían en un punto intermedio, y otras (formación de adultos, informática o cine por ejemplo) que no implican la realización de ejercicio. Cada taller ocupacional y actividad complementaria recibió una puntuación de 0 (no implica actividad física), 1 (implica algo de actividad física) ó 2 (implica actividad física significativa) y a cada participante se le puntuó en función de su taller ocupacional de pertenencia y las actividades complementarias en las que participaba. Adicionalmente, cada participante podía obtener una puntuación de 1, ó 0,5 en función de si, por su cuenta, en su rutina diaria, realizaba alguna actividad que implicase ejercicio físico (por ejemplo, algunos participantes residentes en viviendas tuteladas acuden cada día a los talleres ocupacionales del Centro en bicicleta, otros suelen aprovechar los tiempos de descanso para pasear). Para obtener la puntuación final se estableció una ponderación para dar más peso a la actividad de taller, pues el tiempo que los participantes pasan diariamente

realizando tareas en taller ocupacional es superior al que dedican a otras actividades. Nuestra regla de decisión establecía un intervalo que iba de 0 (la persona realiza muy poca actividad física) a 5 (la persona realiza mucha actividad física).

Los datos recogidos se analizaron utilizando el paquete estadístico *SPSS 15.0 para Windows*.

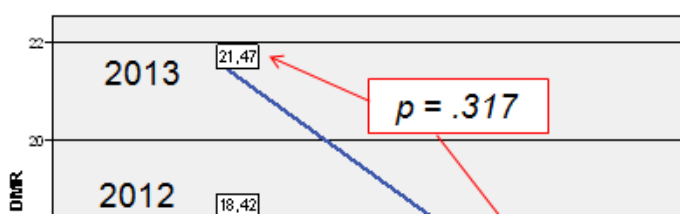
3. Resultados

Sintomatología de demencia

Se realizó en primer lugar y para ambos grupos un análisis de correlación entre la edad de los participantes y las puntuaciones en el DMR obtenidas en las dos tomas de datos realizadas, con objeto de determinar si los más mayores mostraban puntuaciones más elevadas (más indicios de deterioro / demencia). Para la muestra de personas con síndrome de Down (en adelante, Grupo Down), se encontró una correlación significativa y positiva en ambas tomas de datos ($r = .838$, $p < .000$ el primer año, y $r = .779$, $p < .000$ el segundo año). En el grupo de discapacidad intelectual sin diagnóstico de síndrome de Down (en adelante Grupo no Down) no se encontró relación significativa en ninguna de las tomas de datos ($r = .074$, $p = .619$ y $r = .150$, $p = .309$ en la primera y segunda toma de datos respectivamente).

A continuación se compararon las puntuaciones DMR de ambos grupos en las dos tomas de datos realizadas (Figura 1). En ambas ocasiones se observó una tendencia de los datos según la cual los participantes del Grupo Down mostraban puntuaciones superiores, y por lo tanto más indicios de demencia ($M = 18,42$; $DT = 13,54$ para el Grupo Down; $M = 13,42$; $DT = 10,59$ para el Grupo no Down en la primera toma de datos; $M = 21,47$; $DT = 16,24$ para el Grupo Down y $M = 17,25$; $DT = 15,14$ para el Grupo no Down en la segunda toma de datos). En ambos casos, no obstante, las diferencias no alcanzaron significatividad estadística ($p = .113$ y $p = .317$ para la primera y segunda toma de datos respectivamente).

Posteriormente se realizó una prueba t para cada uno de los dos grupos, con el fin de comparar la evolución de las puntuaciones en el DMR y por lo tanto, de la sintomatología de demencias. Se observó un aumento significativo de las puntuaciones (Figura 2) tanto para el Grupo Down ($p = .050$), como para el Grupo no Down ($p < .000$), lo que indica que, en un intervalo de 12 meses, ambas muestras experimentaron un aumento significativo de la sintomatología de demencias.



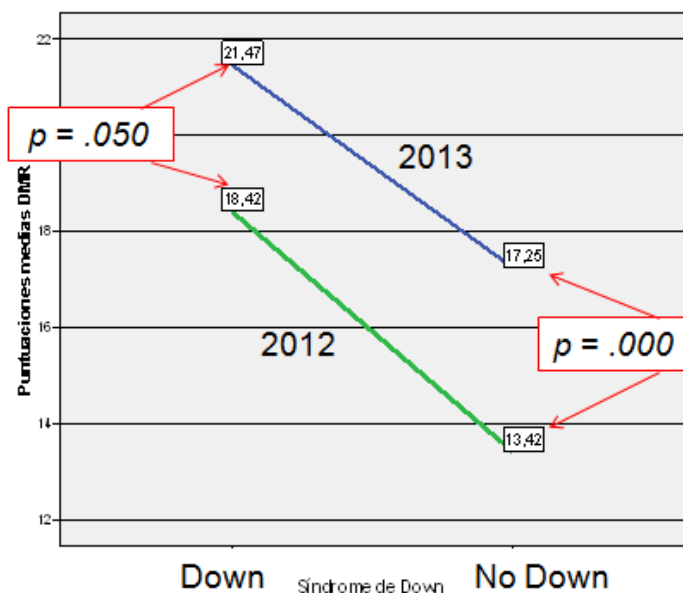


Figura 2. Evolución de las puntuaciones en el DMR para cada grupo en las dos tomas de datos.

Índice de masa corporal (IMC)

Se calculó el IMC de todos los participantes y con ello, se obtuvo el IMC medio de cada grupo. Un ANOVA de un factor en el que se introdujo como variable independiente la pertenencia a cada grupo (Grupo Down vs. Grupo no Down) y como variable dependiente el IMC, mostró que el IMC medio del Grupo Down ($M = 26,85$; $DT = 3,41$) fue superior al IMC del Grupo no Down ($M = 25,19$; $DT = 3,63$) aunque las diferencias solamente alcanzaron significatividad estadística marginal ($p = .091$). Ambos grupos, según la clasificación de la OMS (véase “Obesidad y sobrepeso”, 2012) se situaron en la categoría “Sobrepeso – preobeso).

Enfermedades de carácter físico

Se realizó un ANOVA de un factor en el que se introdujo como variable independiente la pertenencia a cada grupo (Grupo Down vs. Grupo no Down) y como variable dependiente la presencia de diagnósticos de enfermedades de carácter físico. La media para ambos grupos estuvo en torno a dos diagnósticos ($M = 2,37$ $DT = 2,85$ para el Grupo Down, y $M = 2,31$; $DT = 2,31$ para el Grupo no Down) las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = .934$).

Patología psiquiátrica

Un análisis de frecuencias mostró que de los 19 participantes del Grupo Down, solamente una persona tenía un diagnóstico asociado de patología psiquiátrica. De los 48 participantes del Grupo no Down, 20 tenían un diagnóstico asociado de patología psiquiátrica. Un ANOVA de un factor en el que se introdujo como variable independiente la pertenencia a cada grupo (Grupo Down vs. Grupo no Down) y como variable dependiente la presencia de Patología psiquiátrica, mostró un efecto significativo del factor ($p = .003$) que indica que la presencia de patología psiquiátrica asociada a la discapacidad intelectual en personas con síndrome de Down es menos frecuente que en personas sin síndrome de Down.

Actividad física

Se realizó un ANOVA de un factor en el que se introdujo como variable independiente la pertenencia a cada grupo (Grupo Down vs. Grupo no Down) y como variable dependiente las puntuaciones en Actividad física. Los resultados mostraron que la puntuación media del Grupo Down ($M = 1,29$; $DT = 0,75$) fue inferior a la mostrada por el Grupo no Down ($M = 2,19$; $DT = 1,24$). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p = .005$). Así pues las personas con síndrome de Down parecen implicarse, en su rutina diaria, en actividades que implican la realización de menos ejercicio físico.

4. Discusión

El objetivo de este estudio era comparar a personas con discapacidad intelectual y con o sin diagnóstico de síndrome de Down respecto a distintas variables que pueden afectar a un envejecimiento saludable, como el índice de masa corporal, el deterioro cognitivo, presencia de enfermedades físicas, presencia de patología psiquiátrica y realización de actividad física. Se trata de explorar si las variables anteriores se manifiestan y pueden afectar de forma diferencial a la calidad de vida de los dos colectivos observados (personas con o sin síndrome de Down asociado a la discapacidad intelectual) considerando que ambos grupos están afrontando una etapa concreta de su vida, el envejecimiento. El fin último es el desarrollo de programas de intervención adaptados a las necesidades concretas de cada grupo, pero en cualquier caso, que incluyan actividades y rutinas que promocionen un envejecimiento saludable. A este respecto, hemos encontrado que las personas con discapacidad intelectual y síndrome de Down en proceso de envejecimiento, muestran algunas diferencias importantes respecto a las personas sin síndrome de Down. En primer lugar, observamos

que mientras que de entre los participantes sin síndrome de Down las tres cuartas partes pasaban de los 50 años, en la muestra con síndrome de Down solamente dos personas pasaron de esta edad. No obstante, y a pesar de que la muestra de participantes con síndrome de Down fue significativamente más joven (con una diferencia media de en torno a ocho años), mostraron en las dos tomas de datos realizadas unas puntuaciones DMR superiores, lo que hace pensar en una mayor presencia de sintomatología de deterioro cognitivo relacionados con demencias a pesar de ser claramente más jóvenes. Aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, la tendencia de los datos fue clara. En la segunda toma de datos, doce meses después, las puntuaciones aumentaron significativamente en las dos muestras.

Otra diferencia importante entre los dos grupos, fue el hecho de que, aunque ambos se situaron en un intervalo de “Sobrepeso – preobeso” en relación al IMC, la puntuación media al respecto de la muestra de participantes con síndrome de Down fue claramente superior, mostrando un IMC menos saludable. Este resultado podría relacionarse con el fenotipo que muestran las personas con síndrome de Down, pero muy probablemente, también con el resultado observado de que, en su rutina diaria, eligen y se implican menos en actividades que suponen ejercicio físico. Estos datos nos sugieren dos líneas de acción, por un lado, trabajar especialmente con este colectivo la motivación para la realización de Actividad física, por otro lado, será necesario observar los hábitos de alimentación de estas personas y, en su caso, establecer programas dietéticos que favorezcan dietas saludables.

Finalmente, si bien no observamos diferencias significativas en ambos grupos respecto a la presencia y diagnóstico de enfermedades de tipo físico, resultado que deberemos analizar más detalladamente dado que la muestra de participantes con síndrome de Down era más joven, sí observamos diferencias significativas en la presencia de patologías de tipo psiquiátrico, siendo los diagnósticos de esta clase de patologías más frecuente en el grupo sin síndrome de Down. Así pues, los resultados observados en este estudio, vienen a confirmar los datos generales encontrados en la investigación con personas con discapacidad intelectual, de que las personas con síndrome de Down muestran una mayor presencia de sintomatología de deterioro cognitivo (demencia) y menos diagnósticos relacionados con trastornos psicóticos.

En conclusión, todos los datos apuntan a que, a la hora de diseñar programas de atención a personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento, la presencia o no de un diagnóstico de síndrome de Down puede marcar diferencias respecto a algunas variables y conductas sobre las que hay que trabajar para promocionar un envejecimiento saludable. Aunque debemos seguir investigando al respecto, la promoción de la actividad física, el seguimiento más cercano del IMC y el desarrollo de protocolos para la intervención ante deterioro cognitivo relacionado con sintomatología de demencias, son algunos de los aspectos que, si bien es importante considerar en

cualquier población, deben tenerse especialmente en cuenta en las personas con síndrome de Down, mientras que la presencia de patologías de tipo psiquiátrico parece un hándicap más significativo en personas con discapacidad pero sin diagnóstico de síndrome de Down.

5. Bibliografía

AAIDD. (2011). *Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.

AAMR. (2002). *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.

Aguado, A. L. y Alcedo, M. A. (2004). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 35 (1), 5-20.

Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Arias B. y Rueda M. B. (2007). *Necesidades de las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento*. Bilbao: BFA DBF. Recuperado de <http://www.bizkaia.net/Home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/topaketa16/Publicacion%20Discapacidad%20y%20Envejecimiento.pdf>

Aparicio, V.A., Carbonell, A. y Delgado, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10 (40), 556-576. Recuperado de <Http://cdeporte.rediris.es/revista /revista40/artbeneficios181.htm>

Casajus, J. y Vicente, G. (Eds.). (2011). *Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales*. Exernet. Madrid: Servicio de documentación y publicaciones del Consejo Superior de Deportes. Recuperado de http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/investigacion/Ejercicio_y_salud_en_poblaciones_especiales.pdf

Basile, H. (2008). Retraso mental y genética. Síndrome de Down. *Revista argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 15(1), 9-23.

Boada, M., Hernandez, I., Badenas, S., Buendía, M. y Tárraga, L. (2005). Estudio clínico terapéutico de la demencia en las personas con síndrome de down y eficacia del donepecilo en esta población. *Revista de neurología*, 41(3), 129-136.

Esteba, S., Dalmau, A., Ribas, N., Vila, M., Novell, R. y García, J. (2013). Adaptación y validación del Cambridge Examination for mental disorders of older people with Down's syndrome and others with intellectual disabilities (CAMDEX-DS) en población española con discapacidad intelectual. *Revista de neurología*, 57(8), 337-346.

Esteba, S., Rivas, N., Baró, M. y Novell, R. (2006). Envejecimiento saludable en personas con síndrome de Down y demencia: necesidad de promover programas de formación y soporte a los usuarios, familias y entidades. *Revista médica internacional sobre el síndrome de Down*, 10(2), 25-29.

Evenhuis, H. (1996). Further evaluation of the Dementia Questionnaire for Persons with Mental Retardation (DMR). *Journal of intellectual disability Research*, 40, 369-373.

Farriols, C. (2012). Aspectos específicos del envejecimiento en el síndrome de Down. *Revista médica internacional sobre el síndrome de Down*, 16(1), 3-10.

Flórez, J. y Ruiz, E. (2006). Síndrome de Down. En FEAPS (Ed.), *Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones: (47-76)*. Madrid: IPACSA.

Kaminker, P. y Armando, R. (2008). Síndrome de Down. Primera parte: enfoque clínico genético. [versión electrónica] *Archivos argentinos de pediatría*, 106(3), 249-259. Recuperado el 10 de Enero de 2014, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0325-00752008000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

La atención médica al adulto con síndrome de Down (s.f.). Recuperado el 14 de Enero de 2014 del sitio web de Down España: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_atencion_medica_adulto_sindrome_down.pdf

Moran, J. (2013). Envejecimiento y síndrome de Down. Una guía de salud y bienestar. Recuperado el 15 de enero del sitio web de National Down Syndrome Society (ndss): <https://www.ndss.org/Global/Envejecimiento%20y%20S%C3%ADndrome%20de%20Down%20%20Una%20Gu%C3%ADa%20de%20Salud%20y%20Bienestar.pdf>

Moreno, A. (2005). Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 5(19), 222-237. Recuperado de <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista20/artvejez16.htm>

Novell, R., Estebe, S., Rivas, N., Chaler, R., Baró, M., Paniello, N. y Mariscot, C. (2007). Utilización conjunta de fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa y antagonistas NMDA en la enfermedad de alzheimer en personas con síndrome de Down. *Alzheimer, realidades e investigación en demencia*, 36, 5-15. Recuperado de www.revistalzheimer.com/PDF/0166.pdf

Novell, R., Rueda, P., Salvador, L. y Forgas, E. (2003). Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores. Barcelona: FEAPS.

Obesidad y sobrepeso. (2012). Recuperado el 9 de Enero de 2014 del sitio web de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Rives, R. y Sanuy, J. (2000). Indicadores cognitivos del proceso de envejecimiento en las personas con síndrome de Down. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 10(1), 15-19. Recuperado de <http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/31355/g-10-1-003.pdf?sequence=1>

Salvador, L. y Novell, R. (2002). *Guía práctica de la evaluación psiquiátrica en el retraso mental*. Madrid: Aula médica ediciones.

