



**MEJORAS NECESARIAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE LAS  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE ENVEJECEN:  
LA OPINIÓN DE FAMILIARES Y PROFESIONALES**

---

**IMPROVEMENTS NEEDED IN THE HEALTHCARE OF PEOPLE  
WITH INTELLECTUAL DISABILITIES: THE OPINION OF FAMILY  
MEMBERS AND PROFESSIONALS**

Trabajo Fin de Máster  
Máster Investigación en Discapacidad, 2017-2018

Autora: Sandra Llorente Gil  
Tutora: Patricia Navas

Facultad de Psicología  
Universidad de Salamanca

## RESUMEN

El propósito general de este estudio cualitativo de carácter exploratorio se centra en analizar las mejoras que, desde el punto de vista de profesionales y familiares, el sistema sanitario debiera incorporar para facilitar el acceso a atención sanitaria de las personas con DI que envejecen. Tras valorar el estado de salud de un total de 1.060 personas con DI en proceso de envejecimiento, 369 personas han expresado su opinión en calidad de informantes con respecto a la atención sanitaria ofrecida, siendo la mayoría mujeres y profesionales que conocían a la persona con DI desde hace más de 12 meses. El análisis del discurso de los participantes implicó el desarrollo de un sistema de categorías que facilitó, garantizando el buen acuerdo interjueces, identificar tipos de mejoras a introducir en el sistema sanitario para facilitar el envejecimiento activo y saludable de la población con DI. Para el análisis de los datos se utilizó el software QSR Nvivo. Las mejoras principales señaladas por familiares y profesionales aluden a la formación del personal sanitario en lo que a discapacidad se refiere y a la necesidad de flexibilizar la estructura del sistema y adaptarlo a las necesidades específicas de este colectivo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las mejoras necesarias percibidas en función de la relación del informante con la persona con DI, siendo los profesionales más críticos con la atención sanitaria prestada. Por último, se discuten los resultados obtenidos, se delimitan líneas futuras de actuación y se señalan las limitaciones del estudio.

*Palabras clave:* discapacidad intelectual, envejecimiento, mejoras, sistema sanitario, atención sanitaria.

## **ABSTRACT**

The general purpose of this exploratory and qualitative study focuses on analyzing, from the point of view of professionals and relatives, the improvements that the healthcare system should incorporate to facilitate access to people with intellectual disability (ID) who are aging. After assessing the health status of a sample composed of 1.060 individuals with ID who were aging, 369 proxies expressed their opinion as informants regarding the care offered by the healthcare system, the majority being female professionals who had known the person with ID for more than 12 months. Discourse analysis involved the development of a system of meaningful categories which allowed, once substantial inter-rater agreement was guaranteed, the identification of types of improvements to be incorporated into the healthcare system to facilitate an active and healthy aging of individuals with ID. The QSR Nvivo software was used to analyze the data. The main improvements highlighted by the informants referred to the training of healthcare professionals in terms of disability, and the need to increase flexibility within the healthcare system, which should take into account the specific needs of this group. Statistically significant differences were found in the necessary improvements perceived by different informants, being the professionals the most critical ones regarding the healthcare provided. Finally, the results obtained are discussed, future lines of action are defined and the limitations of the study are indicated.

*Key words:* intellectual disability, aging, improvements, health system, health care.

## INTRODUCCIÓN

Numerosos indicadores afirman que nuestra esperanza de vida ha experimentado un notable incremento, situándose en torno a los 83 años y convirtiendo a España en una sociedad bastante envejecida (Instituto Nacional de Estadística, 2016). Según las estimaciones realizadas por el INE (2014), en “15 años residirán en España 11,3 millones de personas mayores de 64 años, 2,9 millones más que en la actualidad, incrementándose hasta 15,8 millones de personas (un 87,5% más que actualmente) en 50 años” (p.7).

Este aumento en la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de nuestra población ha tenido lugar gracias, entre otros factores, a la prevención y disminución de enfermedades infecciosas, a los programas de promoción de la salud, a las nuevas investigaciones sobre distintas enfermedades crónicas y a la inserción de la mujer en la sociedad, dando lugar a un descenso de la natalidad (Reyes y Castillo, 2011).

En el caso de las personas con discapacidad intelectual (DI), la esperanza de vida también experimenta un incremento notable durante el siglo pasado, tanto que el Comité de Rehabilitación e Integración de las Personas con Discapacidad del Consejo Europa llega a definir al fenómeno del envejecimiento en población con DI como una “emergencia silenciosa” (Aguado y Alcedo, 2004, p.261).

Comienzan a surgir en este colectivo por primera vez problemas asociados al proceso de envejecimiento (Wark, Haussain y Edwards, 2016), lo que da lugar a que se traslade al ámbito de las discapacidades intelectuales y del desarrollo el concepto de envejecimiento activo que surge con fuerza en el campo de la gerontología.

Según la OMS (2002), envejecer activamente implica un “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (p.79), siendo para ello necesario adoptar las medidas precisas que satisfagan económica, social y sanitariamente a las personas en proceso de envejecimiento (Buys, Aird y Miller, 2012; Reyes y Castillo, 2011).

Si tenemos en cuenta la salud como uno de los elementos clave que garantizan un proceso de envejecimiento satisfactorio, la Convención Internacional sobre los

Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006) reconoce en su artículo 25 que “todas las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad” (p.20). Se ha de garantizar así la misma calidad en atención sanitaria que se ofrece al resto de la población (Naciones Unidas, 2006; Strnadova, Cumming, Knox, Parmenter y Min, 2015).

El derecho a la salud reviste especial importancia en la población con DI, en la que son muy frecuentes los problemas de tipo médico que surgen de una combinación de factores que incluyen: predisposiciones genéticas hacia condiciones determinadas de salud, circunstancias sociales menos favorables, dificultades en el acceso a servicios sanitarios, carencia de campañas públicas de concienciación sobre aspectos de salud dirigidas a este colectivo y entornos residenciales que fomentan la inactividad de la persona y malos hábitos de estilo de vida, entre otros (Haveman et al., 2011).

Si nos centramos en la última etapa de la vida, numerosas investigaciones afirman que las personas con DI experimentan problemas de salud asociados al envejecimiento a edades más tempranas que la población general (Haveman et al., 2010; Heller y Sorensen, 2013; Wark et al., 2016). Estos problemas, unidos a los inherentes a la propia discapacidad, suelen incluir limitaciones en la movilidad, dificultades osteoarticulares, sobrenutrición/desnutrición, problemas dentales, disminución de la visión/audición, riesgos cardiovasculares, hipertensión, diabetes, demencia y depresión (Haveman et al., 2010). Además, muchos de estos problemas de salud como la depresión (Langlois y Martin, 2008) o el deterioro cognitivo (Axmon, Karlsson y Ahlstrom, 2016; Esteba-Castillo, García y Novell, 2012) pueden no ser correctamente identificados debido a las propias dificultades de la persona para comunicar y expresar los síntomas o a la escasa formación de los profesionales sanitarios en discapacidades intelectuales y del desarrollo, entre otros factores (Navas, Uhlmann y Berástegui, 2014; Wark et al., 2016).

A las posibles dificultades asociadas al diagnóstico de determinadas condiciones médicas durante esta etapa del ciclo vital, se une una mayor necesidad, a medida que se envejece, de atención primaria y controles rutinarios. Con respecto a este último aspecto, varias investigaciones han puesto de manifiesto que las personas con DI experimentan más barreras a la hora de acceder a servicios de detección y diagnóstico

que la población general (Dodd, Guerin, Mulyany, Tyrrell y Hillery, 2009; Haveman et al., 2010; Sullivan et al., 2011). Si bien Haveman et al. (2011) afirman que las disparidades en temas de salud entre las personas con DI y la población en general se están reduciendo, existen aún importantes dificultades para el acceso y uso de servicios socio-sanitarios, sobre todo para aquellos con necesidades de apoyo extenso y generalizado (Verdugo y Navas, 2017) que comentaremos a continuación.

Con respecto a los profesionales de los servicios socio-sanitarios, algunos estudios han encontrado que ni los servicios ni el personal de atención médica están preparados para atender a la población con DI que envejece (Axmon et al., 2016; Bittles, Bower, Hussain y Glasson, 2007; Iacono, Bigby, Unsworth, Douglas y Fitzpatrick, 2014), siendo urgente capacitar a los profesionales de la salud en temas de carácter médico y comunicativo que conciernen a la población con DI (Axmon et al., 2016; Sullivan et al., 2011).

Además, existen dificultades para el acceso a y la participación plena en actividades que promueven estilos de vida saludables. A día de hoy, las barreras más señaladas por la literatura son las que ocasionan problemas de accesibilidad física y cognitiva, los recursos financieros insuficientes, el apoyo comunitario y personal inadecuado, la falta de aceptación social y las dificultades de comunicación efectiva, entre otras (Hutzler y Korensky, 2010; Muñoz et al., 2013), barreras que se acentúan aún más en entornos rurales (Ramsay, Mulryan, McCallion y McCarrons, 2016; Wark et al., 2016).

Algunas personas con DI consideran asimismo que la falta de coordinación entre los propios especialistas de atención médica constituye un problema importante que afecta directamente a su estado de salud (Marks, Sisirak, Heller y Wagner, 2010).

Vemos por tanto que los impedimentos para la promoción de la salud en adultos con DI incluyen dificultades de carácter individual, pero también barreras de índole actitudinal y de acceso estructural (Heller y Sorensen, 2013; Stanish, Temple y Frey, 2006). Estas barreras pueden acentuarse en aquellos con DI que envejecen, dada su mayor fragilidad (McKenzie, Martin y Ouellette-Kuntz, 2016).

Debido a las dificultades experimentadas por el colectivo de personas con DI en proceso de envejecimiento, desde el ámbito científico se aboga por la inclusión del

mismo en las encuestas generales sobre salud como un medio para identificar tanto necesidades en el ámbito de la salud como posibles desigualdades en el acceso a servicios sanitarios (Walsh, Kerr y Van Schroyen Lantman-De Valk, 2003). Sin embargo, en nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud, ENS, (INE, 2011-2012), no recoge de manera explícita la variable discapacidad intelectual, no siendo posible realizar estudios específicos sobre este colectivo, en lo que a su salud se refiere, a partir de las estadísticas nacionales.

Teniendo en cuenta el estado actual del tema, el propósito general de este estudio cualitativo de carácter exploratorio se centra en analizar las mejoras que, desde el punto de vista de profesionales y familiares, el sistema sanitario debiera incorporar para facilitar el acceso a atención sanitaria de las personas con DI que envejecen. Si bien somos conscientes de la variabilidad intra e interindividual que caracteriza al colectivo de personas con DI, nos referiremos con el término “personas mayores con DI” o “personas en proceso de envejecimiento” a aquellos mayores de 45 años que sufren cierto declive funcional justificado por un envejecimiento prematuro que suele verse apoyado en el hecho del aumento de la tasa de la mortalidad a partir de esta edad (Barrio, Arias, Ruiz y Vicente, 2007).

Este objetivo general se puede operacionalizar en los siguientes específicos:

- Conocer si los familiares y profesionales de atención directa consideran necesario incorporar cambios en el sistema sanitario actual para mejorar la atención recibida por las personas con DI en proceso de envejecimiento.
- Explorar la naturaleza de las mejoras propuestas por familiares y profesionales en servicios de atención primaria y atención especializada.
- Comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las mejoras propuestas en función de variables como el sexo o la naturaleza de la relación con la persona con DI (familiar o profesional).
- Proponer, a partir de las mejoras necesarias identificadas, líneas de actuación urgentes en materia sanitaria.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaron en el presente estudio 369 personas en calidad de informantes, siendo la mayoría mujeres (75,3%;  $N = 278$ ). Como parte de un proyecto de investigación del Ministerio de Economía y Competitividad dirigido por la tutora del presente Trabajo de Fin de Máster (PSI2015-64517-R), los participantes valoraron el estado de salud de un total de 1.060 personas con DI en proceso de envejecimiento con edades comprendidas entre los 40 y los 88 años ( $M = 55,13$ ;  $DT = 7,44$ ) cuyas características se muestran en la Tabla 1. Además, señalaron las mejoras que consideraban necesario introducir en los servicios de atención primaria y especializada de nuestro sistema sanitario, información objeto de análisis en este estudio.

La relación del informante con la persona mayor con DI fue, en un 58% de los casos profesional ( $N = 214$ ) en un rango de edad entre los 24 y 62 años ( $M = 40,81$ ;  $DT = 8,74$ ). Los profesionales que han proporcionado su punto de vista sobre la necesidad de mejoras en el sistema sanitario son responsables técnicos de servicios o directores de los mismos (17,7%), psicólogos (17,2%), cuidadores (13,4%), enfermeros (12,9%), trabajadores sociales (6,7%) o educadores (6,2%). El 25,8% restante incluye perfiles profesionales diversos (i.e., educador social, integrador social, terapeuta ocupacional, pedagogo o médico, entre otros). La frecuencia de contacto de los informantes con las personas con DI fue diaria en el 73,4% de los casos. El resto de personas (42%) fueron familiares ( $N = 155$ ) con edades comprendidas entre 22 y 90 años ( $M = 60,77$ ;  $DT = 13,75$ ).



Tabla 1. *Características sociodemográficas de las personas con DI evaluadas.*

	N	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	526	49,6
Mujer	534	50,4
<b>Edad</b>		
40-65 años	919	86,7
Más de 65 años	134	12,6
Desconocida	7	0,7
<b>Porcentaje discapacidad</b>		
33-64 %	63	5,9
65-74%	347	32,7
+ 75%	571	53,9
Desconocido	79	7,5
<b>Grado de dependencia</b>		
Sin grado reconocible	77	7,3
Grado I	178	16,8
Grado II	373	35,2
Grado III	320	30,2
No ha recibido valoración	71	6,7
Desconocido	41	3,9
<b>Diagnóstico principal de la persona</b>		
Síndrome de Down	188	17,7
Trastorno del Espectro del Autismo	20	1,9
Parálisis Cerebral	129	12,2
Discapacidad Intelectual	683	64,4
Otros	37	3,5
Desconocido	3	0,3
<b>Nivel de DI</b>		
Leve	258	24,3
Moderada	427	40,3
Severa	262	24,7
Profunda	64	6,0
Nivel desconocido de DI	49	4,6

**Instrumento**

El instrumento desarrollado dentro del proyecto de investigación mencionado, se compone de un total de 72 ítems o preguntas. Dadas las dificultades relacionadas con el autoinforme en la población objeto de estudio (e.g., Lunskey, Emery y Benson, 2002), es cumplimentado por profesionales o familiares que conocen a la persona con DI desde hace al menos 12 meses. De cara a explorar el estado de salud y dificultades de acceso a servicios sanitarios de las personas con DI que envejecen, los 72 ítems se agrupan en diferentes secciones atendiendo a lo contemplado en la Encuesta Nacional de Salud

(INE, 2011-2012) y otros documentos consultados<sup>1</sup>: (a) datos sociodemográficos; (b) estado de salud de la persona con DI mayor de 45 años; (c) accidentalidad; (d) calidad de vida relacionada con la salud; (e) restricción de la actividad; (f) limitaciones en la participación; (g) características auditivas y visuales; (h) utilización de servicios sanitarios; (i) hospitalizaciones, urgencias y seguro sanitario; (j) consumo de medicamentos; (k) prácticas preventivas; y (l) determinantes de salud. El presente trabajo se circunscribe al apartado de ‘utilización de servicios sanitarios’, en el que los informantes contaban con dos preguntas abiertas para señalar, sin límite de extensión, todas las mejoras que consideraran necesario incorporar en los servicios de atención primaria y especializada del sistema nacional de salud para mejorar la atención de las personas con DI en proceso de envejecimiento.

### ***Procedimiento***

Para la realización del trabajo de campo, el equipo investigador del proyecto referenciado realizó un contacto inicial con la totalidad de las organizaciones (N = 1.068) que forman parte de Down España, Plena Inclusión España, Autismo España y ASPACE España. En este contacto inicial, que se llevó a cabo de julio de 2016 a enero de 2017, se envió a las direcciones de correo electrónico de cada entidad, un breve cuestionario en el que, además de solicitar su colaboración en el estudio, se incluían preguntas de interés para la posterior selección de la muestra (porcentaje de personas en proceso de envejecimiento dentro de la entidad, entorno rural o urbano, lugar de residencia, actividad laboral u ocupacional, usuarios que podrían llegar a ser valorados, entre otras). Un total de 227 entidades (21,3%) contestaron a la solicitud inicial de participación.

Durante los meses de enero de 2017 a octubre de 2017, la encuesta fue remitida a las organizaciones inicialmente interesadas, bien en formato papel, bien formato electrónico, utilizando para ello la plataforma Lime-Survey. En ambas formas se incluye el formato de consentimiento informado que ha de ser enviado por los profesionales o familiares como requisito indispensable para la realización de la

---

<sup>1</sup> National Core Indicators Survey; Cuestionario de Salud SF-36 (Alonso, Prieto y Antón, 1995); Escala HoNOS-LD (Health of the Nation Outcome Scales for People with Learning Disabilities) adaptada al castellano por Esteba-Castillo, Torrents-Rodas, García-Alba, Ribas-Vidal y Novell-Alsina (2016); y la escala utilizada por el equipo de investigación del Instituto de Salud Carlos III dentro del proyecto POMONA-España (Martínez-Leal et al., 2011).

evaluación, procedimiento aprobado por el Comité de bioética de la Universidad de Salamanca.

La muestra que integra los resultados aquí presentados asciende a 369 informantes, procedentes de ochenta organizaciones que finalmente participaron en el estudio valorando el estado de salud y dificultades de acceso a servicios socio-sanitarios de 1.060 personas con DI en proceso de envejecimiento.

### ***Análisis de datos***

Para este estudio se ha utilizado una metodología cualitativa que ha implicado la recopilación, integración y estudio de las respuestas a las dos preguntas abiertas sobre mejoras que es necesario introducir en nuestro sistema de salud (i.e., servicios primarios y especializados) para mejorar la atención de aquellos con DI que envejecen. Se analizaron así las reflexiones (*feedback*), de entre 100-150 palabras aproximadamente, dadas por los informantes del estudio a ambas preguntas. Para llevar a cabo este análisis se utilizó el software QSR NVivo (versión 11; QSR International, 2017).

El análisis de datos (la codificación del *feedback*) implicó organizar las respuestas de los participantes sin procesar en categorías (Baralt, 2011 citado por Haverkamp et al., 2016, p.205), de forma que tras leer varias veces el feedback, se identificaron una serie de temas específicos que serían agrupados posteriormente en categorías más generales. Estas categorías fueron creadas de forma inductiva tras realizar una comparación constante entre varias clasificaciones propuestas por tres investigadores<sup>2</sup> por separado (Pope, Ziebland, y Mays, 2000). Una vez consensuado el esquema inicial de codificación, todo el texto se introdujo en el software para su análisis.

Tras consensuar el esquema de codificación, dos investigadores codificaron el 50% del discurso con el objetivo de determinar el acuerdo entre los mismos. La fiabilidad inter-jueces se estableció utilizando el coeficiente Kappa de Cohen en este conjunto inicial de datos, que se interpretó de acuerdo con los siguientes criterios (Viera y Garrett, 2005): leve acuerdo (0,00-0,20), acuerdo justo (0,21-0,40), acuerdo moderado (0,41-0,60), acuerdo sustancial (0,61-0,80), y acuerdo casi perfecto (0,81-0,99). Se

---

<sup>2</sup> Los otros dos investigadores que han participado son Patricia Navas, tutora del presente trabajo fin de Máster, y Laura Domínguez, miembro del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO).

extrajo un primer índice de acuerdo y se obtuvo un Kappa menor que 0,61, acuerdo aceptable, en algunas de las categorías (i.e., apoyos individuales específicos). Por ello, fue necesario que ambos investigadores discutieran los desacuerdos encontrados y reorganizaran el esquema de codificación, tras lo cual realizaron una nueva codificación individual del 50% de la información. Se perfeccionó así el esquema de codificación (Tabla 2) en el que se identifican cinco nodos principales, cada uno de los cuales cuenta con entre dos y cuatro nodos descendientes (o nodos ‘hijos’). Con este sistema de codificación se obtuvo un índice Kappa que refleja desde acuerdo sustancial a casi perfecto (0,61-1) (Tabla 3). El esquema de codificación fue utilizado posteriormente por un investigador para codificar todo el conjunto de datos, siendo el mismo para las mejoras propuestas en ambos tipos de atención sanitaria (primaria y especializada).

Tabla 2. *Esquema de codificación.*

<b>Categorías</b>	<b>Explicación</b>
<b>Formación en competencias profesionales</b>	Mejoras que incluyen todo lo referente a formación global, sin especificar la discapacidad intelectual.
Subcategoría: DI General	Formación en DI, atención a la persona con DI, trato con la persona con DI, etc.
Subcategoría: Aspectos específicos de salud en DI	Respuestas que enfatizan la necesidad de formación en aspectos como el envejecimiento, enfermedades y su curso específico en población con DI, discapacidades específicas diferentes de la DI, etc.
<b>Mejora de prácticas profesionales durante la atención sanitaria</b>	Mejoras que es necesario introducir en la relación médico-paciente.
Subcategoría: Actitudes	Empatía, escucha, buen trato, cambio de ideas/actitudes preconcebidas sobre la persona con DI.
Subcategoría: Comunicación	Cercanía, interacción directa con el paciente sin recurrir a terceras personas, mejora de la comunicación, indicaciones basadas en sus habilidades de comunicación, etc.
Subcategoría: Adaptación de pruebas para diagnóstico y evaluación médica	Adaptación de pruebas y evaluaciones de tipo médico a las necesidades de la persona particular y del colectivo con DI en general, de forma que se modifiquen para que puedan ser utilizadas con esta población.
Subcategoría: Apoyos individuales específicos	Conjunto de apoyos y ayudas centrados en la persona, no necesariamente médicos, que pueden proporcionarse para facilitar la consulta.
<b>Accesibilidad en los espacios sanitarios</b>	Toda adaptación que sea llevada a cabo en un espacio sanitario para mejorar la estancia o el acceso de la persona con DI

Tabla 2. *Esquema de codificación.*

<b>Categorías</b>	<b>Explicación</b>
Subcategoría: Accesibilidad Física	Eliminación de barreras arquitectónicas y adaptación de espacios físicos.
Subcategoría: Accesibilidad Cognitiva	Incorporación de material en lectura fácil, pictogramas, o cualquier adaptación relacionada con la accesibilidad cognitiva.
<b>Estructura del sistema sanitario:</b>	Mejoras que es necesario introducir en el conjunto de elementos que configuran el sistema sanitario y que influyen en la calidad de la atención al paciente.
Subcategoría: Gestión y adaptación del tiempo de consulta	Todo lo relacionado con el tiempo en la consulta: reducción de tiempos de espera, agilizar citas, aumento del tiempo de consulta, etc.
Subcategoría: Coordinación entre profesionales y servicios	Comunicación, cooperación y coordinación de los profesionales (de igual o diferentes áreas) y servicios (de atención primaria y especializada o incluso externos).
Subcategoría: Atención médica centrada en la persona.	Atención adaptada a la persona, seguimientos acorde a sus características, atención domiciliaria siempre y cuando sea necesaria, etc.
Subcategoría: Incrementar ratios profesionales y recursos sanitarios	Aumento de profesionales y recursos (generales o específicos) para atender a personas con DI.
<b>Política de Atención Sanitaria</b>	Conjunto de cambios que deberían llevarse a cabo por parte de los gobiernos y administraciones para maximizar y mejorar la salud de todas las personas y, de manera especial, la de las personas con DI que envejecen.
Subcategoría: Creación de protocolos y campañas de prevención concretas para DI	Programas, actuaciones, campañas y estándares específicos destinados a DI. Por ejemplo, programas de rehabilitación, de higiene bucodental, etc.
Subcategoría: Acceso a servicios de atención preferente o específica, apoyo en trámites sanitarios, etc.	Mayor preferencia, atención y apoyos específicos hacia las personas con DI para acceder a los servicios de atención sanitaria.
Subcategoría: Sensibilización e investigación	Mayor sensibilización e investigación respecto a las necesidades médicas de este colectivo y su atención sanitaria.
<b>No especifican mejoras</b>	Algunos informantes consideran que el sistema sanitario funciona bien y no especifican ninguna mejora a realizar en el mismo.

Tabla 3. Índice Kappa obtenido en la primera y segunda codificación del 50% de datos.

Nodos	Atención primaria		Atención especializada	
	1º Kappa	2º Kappa	1º Kappa	2º Kappa
<b>Accesibilidad en los espacios sanitarios</b>	,82	,89	,89	,96
• Cognitiva	,73	,87	,88	,99
• Física	,62	,81	,84	,99
<b>Estructura del sistema sanitario</b>	,78	,89	,74	,83
• Atención médica centrada en la persona	<b>,22</b>	,90	<b>,48</b>	,68
• Coordinación entre profesionales y servicios	,87	,83	,82	,91
• Gestión y adaptación del tiempo de consulta	,87	,88	,79	,83
• Incrementar ratios profesionales y recursos sanitarios	,64	,85	,58	,86
<b>Formación en competencias profesionales</b>	,89	,93	,87	,94
• Aspectos específicos de salud en DI	<b>,07</b>	,91	<b>,09</b>	,94
• DI General	<b>,34</b>	,82	<b>,52</b>	,85
<b>Mejora de las prácticas profesionales durante atención sanitaria</b>	,81	,93	,82	,93
• Actitudes	,62	,88	,73	,88
• Adaptación de pruebas para diagnósticos, evaluación médica	<b>,43</b>	,99	<b>,37</b>	,99
• Apoyos individuales específicos	<b>,37</b>	,81	<b>,24</b>	,66
• Comunicación	,72	,92	,78	,94
<b>No se especifican mejoras</b>	,96	,99	,94	,99
<b>Política de atención sanitaria</b>	,65	,77	,59	,79
• Acceso a servicios. Atención preferente o específica, apoyo en trámites sanitarios	<b>,36</b>	,69	<b>,29</b>	,61
• Creación de protocolos y campañas de prevención concretas para DI	,75	,76	,73	,91
• Sensibilización e investigación	,80	,96	,82	,97

## RESULTADOS

La Tabla 4 recoge una selección de algunas de las reflexiones ofrecidas por los informantes y que representan cada una de las categorías del sistema de codificación, incluyendo el porcentaje del discurso destinado a cada una de ellas tanto en atención

primaria como especializada, así como el porcentaje de informantes que realizan aportaciones en cada nodo.

Tabla 4. *Categorización del feedback de los informantes.*

Categorías	% Discurso		% Informantes	
	AP	AE	AP	AE
<b>Formación en competencias profesionales</b>	<b>9,25%</b>	<b>8,23%</b>	<b>33,90%</b>	<b>29,00%</b>
(i018): Es necesario mejorar la formación de los médicos en el conocimiento de las características y necesidades de las personas con discapacidad.				
<i>Subcategoría: DI General</i>	3,80%	3,86%	13,28%	11,92%
(i253): Que los profesionales de la salud vean a la persona con discapacidad intelectual como a cualquier otra persona y no basen sus diagnósticos en el síndrome o discapacidad. Es necesario un mayor conocimiento de la discapacidad.				
<i>Subcategoría: Aspectos específicos de salud en DI</i>	2,54%	1,97%	7,59%	5,96%
(i002): Conocer mejor los achaques que padecen las personas con síndrome de Down y formar a los cuidadores para que puedan actuar ante episodios de dolor grave, ya que ellos no son capaces de advertir que se encuentran mal hasta que el dolor es muy intenso y angustioso.				
<b>Mejora de prácticas profesionales durante la atención sanitaria (buenas prácticas profesionales)</b>	<b>4,78%</b>	<b>4,97%</b>	<b>27,10%</b>	<b>23,04%</b>
<i>Subcategoría: Actitudes DI</i>	1,25%	1,53%	9,21%	8,13%
(i112): Lo fundamental es que traten respetuosamente a la persona con DI (mirarla a los ojos, dirigir su discurso a él/ella y tener en cuenta lo que dice).				
<i>Subcategoría: Comunicación</i>	2,94%	2,31%	13,28%	10,03%
(i112): Si la persona con DI es el paciente, el médico debería dirigirse a él/ella siempre. Es muy usual que se dirija al acompañante y no a la persona con DI. Quizás en algunos casos necesiten apoyos para la comunicación con personas con DI. Por ejemplo, pictogramas para una mayor comprensión por parte de la persona con DI.				
<i>Subcategoría: Adaptación de pruebas para diagnóstico, evaluación médica, etc.</i>	0,22%	0,47%	1,36%	1,90%
(i368): Realizar las pruebas que se adapten a la conducta de la persona: si una mamografía ya sabemos que no va a querer hacérsela, se debería de realizar la eco directamente para evitar una visita frustrada.				
<i>Subcategoría: Apoyos individuales específicos</i>	0,36%	0,45%	2,71%	1,63%
(i085): Adaptación del servicio a la persona con DI en base a la necesidad de apoyos que tenga.				
<b>Accesibilidad en los espacios sanitarios</b>	<b>1,76%</b>	<b>1,13%</b>	<b>14,10%</b>	<b>8,94%</b>
<i>Subcategoría: Accesibilidad Física</i>	0,33%	0,11%	2,71%	1,63%
(i203): Han de realizarse mejoras en la accesibilidad física de los entornos sanitarios para personas que van en sillas de ruedas.				

Tabla 4. *Categorización del feedback de los informantes*

<i>Subcategoría: Accesibilidad Cognitiva</i> (i123): Debería introducirse el uso de pictogramas en los centros de salud que faciliten la accesibilidad cognitiva.	0,98%	0,81%	7,60%	5,42%
<b>Estructura del sistema sanitario:</b>	<b>8,83%</b>	<b>8,61%</b>	<b>45,80%</b>	<b>42,01%</b>
<i>Subcategoría: Gestión y adaptación del tiempo de consulta</i> (i348): Se podrían reducir los tiempos de espera, ya que en general a este colectivo le supone ansiedad ir al médico. Por lo que, si la espera se prolonga, les genera aún más malestar.	4,76%	4,56%	24,93%	23,04%
<i>Subcategoría: Coordinación entre profesionales y servicios</i> (i234): Es necesaria mayor coordinación entre especialistas para tratar a la persona con DI de forma global con su pluripatología.	1,95%	1,78%	10,57%	10,30%
<i>Subcategoría: Atención médica centrada en la persona: seguimientos, atención domiciliaria, etc.</i> (i195): Centralizar la atención a la persona. Valorar a las personas con DI en su domicilio cuando lo precisen.	1,22%	0,88%	5,15%	3,52%
<i>Subcategoría: Incrementar ratios profesionales y recursos sanitarios</i> (i241): Se han de incorporar más medios y más especialistas en DI; que no se quede ninguna persona sin atender. Este colectivo es diferente al que no tiene discapacidad, por lo que debe tener un trato de atención “especial”.	1,08%	1,51%	5,15%	5,15%
<b>Política de Atención Sanitaria</b>	<b>3,86%</b>	<b>3,66%</b>	<b>15,99%</b>	<b>15,99%</b>
<i>Subcategoría: Creación de protocolos y campañas de prevención concretas para DI</i> (i100): Hacen falta, desde la organización sanitaria, protocolos específicos para la atención de personas con discapacidad. A la hora de acudir al especialista dependemos, en realidad, de quién nos toque.	1,75%	1,63%	7,86%	7,32%
<i>Subcategoría: Acceso a servicios de atención preferente o específica, apoyo en trámites sanitarios, etc.</i> (i180): Ser recibidas por sus psiquiatras, de manera urgente, sin cita, ya que los servicios de urgencias de psiquiatría al final modifican la medicación, ocasionando más problemas que soluciones.	1,45%	1,63%	5,42%	7,32%
<i>Subcategoría: Sensibilización e investigación</i> (i205): Proponer estudios que contribuyan a entender si hay diferencias en los procesos de envejecimiento de las personas con DI y, si las hubiera, que permitieran establecer unos protocolos de asistencia sanitaria específicos.	0,54%	0,36%	2,44%	1,90%
<b>No especifican mejoras</b>	<b>22,4%</b>	<b>24,25%</b>	<b>44,99%</b>	<b>48,51%</b>

Nota: AP = Atención primaria; AE= Atención especializada

A pesar de que casi la mitad de los participantes no han especificado ningún tipo de mejora a realizar en los servicios de atención primaria y especializada (Tabla 4), la necesidad de formar a los profesionales en competencias generales o específicas sobre



DI está especialmente presente en el discurso de los informantes (9,25% en AP y 8,23% en AE), siendo mayor la demanda de formación general sobre DI (3,80% y 3,86%, respectivamente). De hecho, la palabra *formación* se menciona 173 veces, siendo una de las categorías citadas por un mayor número de informantes (33,90% en AP y 29,0% en AE). Así, algunos informantes señalan que *es necesario más formación específica en DI por parte de los profesionales ya que algunas de las patologías que sufren las asocian a la propia discapacidad y/o les restan importancia por ella, generando un empeoramiento en la salud como consecuencia de la incorrecta atención recibida* (i348).

Si bien la necesidad de mejorar la estructura del sistema sanitario acapara un porcentaje del discurso algo menor en comparación con la urgencia de la formación profesional (Tabla 4), un mayor número de informantes hacen referencia a la necesidad de mejoras en este sentido (45,80% en AP y 42,01% en AE). Así, es necesario *aumentar el tiempo de las consultas para que el paciente pueda expresar sus dolencias y el médico pueda explicar adecuadamente al paciente las pautas, el tratamiento, etc.* (i334). Muchos demandan también una reducción de los tiempos de espera, de ahí que las palabras *espera* y *tiempo* fuesen mencionadas 132 y 120 veces, respectivamente.

Además de esto, consideran importante la mejora de las prácticas profesionales durante la atención sanitaria (4,78% del discurso en AP y 4,97% en AE), especialmente la comunicación con el paciente (Tabla 4), de forma que *hay que tener en cuenta que aunque la persona tenga discapacidad y vayan acompañados de otra persona de apoyo, son los pacientes, por lo que si el médico se dirige a ellos y no les excluye se favorecerá su aceptación social* (i348). También consideran importante un cambio de actitudes en el entorno sanitario (1,25% en AP y un 1,53% en AE), siendo conveniente *inculcar actitudes positivas desterrando falsos mitos, creencias y prejuicios* (i220).

La mejora de la política de atención sanitaria ha sido uno de los aspectos menos demandados por los informantes (3,86% en AP y 3,66%), considerando la creación de protocolos y campañas de prevención para personas con DI que envejecen como el aspecto más urgente a mejorar, seguido del acceso preferente a servicios (Tabla 4) a través, por ejemplo, de la *creación de la tarjeta sanitaria preferente cuando sea necesario (Tarjeta AA)* (i304).

En este sentido, los informantes también demandan, aunque en menor medida, una mejora de la accesibilidad de los espacios sanitarios (1,76% en AP y 1,13% en AE), destacando la necesidad de mejorar la accesibilidad cognitiva frente a la accesibilidad física.

Con objeto de saber si pudieran existir diferencias estadísticamente significativas en las mejoras necesarias percibidas en función de una serie de variables demográficas (i.e., sexo y relación del informante con la persona con DI), calculamos el estadístico Chi cuadrado. Como aparece reflejado en la Tabla 5, hombres y mujeres no difirieron entre sí a la hora de informar sobre los cambios necesarios a realizar en servicios de atención primaria y especializada. No obstante, ser profesional o familiar sí ha influido en las mejoras necesarias percibidas. Los profesionales indican mayor necesidad de mejoras en ambos tipos de atención y en todas las categorías observadas. Esto pudiera ser explicado por el hecho de que un 55,8% de las personas con DI sobre las que se informa asisten a servicios específicos de atención residencial, por lo que es más probable que sean acompañados por profesionales a sus consultas médicas, siendo éstos por tanto los que están más al tanto de lo que acontece en la atención sanitaria de las personas mayores con DI.

Tabla 5. Diferencias observadas en las categorías del discurso en función de variables sociodemográficas

Categoría	Sexo		$\chi^2$	<i>p</i>	Relación del informante con la persona con DI		$\chi^2$	<i>p</i>
	Hombre (N =85)	Mujer (N =284)			Profesional(N =216)	Familiar(N =153)		
	<b>Atención primaria</b>							
Formación en competencias profesionales	29,4%	30,3%	,02	,88	42,1%	13,1%	35,95	,00
Mejora de prácticas profesionales	16,5%	20,8%	,76	,38	27,8%	8,5%	20,98	,00
Accesibilidad de espacios sanitarios	9,4%	12,3%	,54	,46	16,7%	4,6%	12,72	,00
Estructura del sistema sanitario	28,2%	33,1%	,71	,40	46,1%	16,3%	29,39	,00
Política de atención sanitaria	15,3%	14,1%	,78	,78	18,5%	8,5%	7,31	,01
No especifican mejoras	50,6%	43,0%	1,54	,21	28,2%	68,0%	57,20	,00
<b>Atención especializada</b>								
Formación en competencias profesionales	28,2%	26,8%	,07	,79	39,8%	9,2%	42,63	,00
Mejora de prácticas profesionales	21,2%	19,0%	,20	,66	30,1%	4,6%	37,13	,00
Accesibilidad de espacios sanitarios	2,4%	8,5%	3,17	,05	12,0%	,00%	-	-
Estructura del sistema sanitario	28,2%	31,1%	,71	,40	44,4%	14,4%	37,22	,00
Política de atención sanitaria	18,8%	12,0%	2,62	,11	19,0%	5,9%	13,20	,00
No especifican mejoras	48,2%	48,2%	,00	,99	29,6%	74,5%	72,25	,00

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio fue diseñado para analizar las reflexiones ofrecidas por los profesionales y familiares con respecto a las mejoras necesarias en la atención sanitaria de personas con DI en proceso de envejecimiento. La mayor formación de los profesionales y las dificultades derivadas de la rígida estructura del sistema sanitario fueron los aspectos más destacados en el discurso de los informantes, además de mencionar otros como la necesidad de mejorar de las prácticas profesionales durante la atención sanitaria en consulta, la política de atención sanitaria y la accesibilidad en espacios sanitarios, aunque en menor medida.

Han sido muchos los autores que han coincidido en que la formación es uno de los aspectos más urgentes a mejorar en la atención sanitaria de las personas con DI (Axmon et al., 2016; Sullivan et al., 2011). Ya en nuestro país en 1988 Verdugo (citado por Verdugo y Navas, 2017) señalaba que “las discapacidades intelectuales y del desarrollo no suelen formar parte de los contenidos impartidos en los grados universitarios, teniendo que recurrir aquellos interesados en este ámbito a la formación especializada de posgrado” (p.77). Es por tanto necesario incorporar estos conocimientos desde la formación inicial del profesional sin centrarnos sólo en la probable adquisición de los mismos durante el proceso de reciclaje profesional.

Para mejorar esta situación, se han desarrollado diferentes recursos y herramientas a lo largo de los años. Existen guías como la elaborada por el Royal College of General Practitioners en Londres (Hoghton, 2010) para que los médicos y enfermeros de atención primaria tengan en cuenta necesidades específicas propias de las personas con DI durante una revisión médica; recursos web como los desarrollados por la UC San Diego School of Medicine en California<sup>3</sup>, u organizaciones que ofrecen formación online como la American Academy of Developmental Medicine and Dentistry (AADMD) (citado por Verdugo y Navas, 2017, pp.79-80). Además, desde 2014 existe una plataforma de formación online sobre envejecimiento y DI, Ageing and Intellectual disability (AGID)<sup>4</sup>, que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con DI que envejecen aumentando, a través de la formación online, el conocimiento y las competencias de los profesionales que trabajan en este campo.

---

<sup>3</sup> <http://www.ddhealthinfo.org/>

<sup>4</sup> <http://agid-project.eu/index.php/en/>

La gran demanda de mejoras en la estructura del sistema sanitario en aspectos como la gestión y adaptación del tiempo, por un lado, y el incremento y coordinación entre profesionales y servicios por otro, unida a la mejora de las actitudes y prácticas profesionales, apoyan investigaciones como la de Heller y Sorensen (2013) y Stanish, Temple y Frey (2006), en las que se afirma que las barreras con las que se encuentran las personas con DI son no solo de carácter individual, sino también actitudinal y estructural.

Por último, se ha observado que la política sanitaria y la accesibilidad fueron los aspectos que menor atención recibieron por parte de los informantes. No obstante, se subrayaron necesidades importantes como la creación (o, en caso de que exista, la priorización) de la tarjeta sanitaria preferente, que permite agilizar los tiempos de espera tanto en visitas como en pruebas médicas, acceder a las consultas con el cuidador principal o ser incluidos en programas de administración farmacéutica a domicilio. El uso de este tipo de recursos junto con el buen funcionamiento y la sensibilización del personal sanitario aumentaría la accesibilidad y calidad de las visitas médicas de las personas con DI (Plena Inclusión, 2016). Ante estos resultados, hay que tener en cuenta que si las cosas no están bien a nivel de microsistema, es difícil que los informantes refieran mejoras a nivel de macrosistema, hecho que podría explicar el bajo porcentaje de discurso en categorías como política de atención sanitaria.

Si bien el presente trabajo arroja resultados claros, es importante tener en cuenta sus limitaciones. Entre ellas hemos de destacar que los informantes han proporcionado un feedback general sobre el funcionamiento de servicios de atención primaria y especializada, no sabiendo hasta qué punto las mejoras que se perciben como necesarias pudieran variar en función de determinadas características de la persona con DI que acude a los servicios sanitarios (i.e., mayor necesidad de apoyos, entorno rural o urbano, presencia de patologías o síndromes concretos, etc). Se detectó también que más de la mitad de las personas con DI evaluadas residía en centros específicos, circunstancia que explica el elevado porcentaje de profesionales que respondieron a la encuesta.

Aun así, este estudio constituye un punto de partida importante para futuras líneas de investigación que tengan por ejemplo en cuenta variables individuales que pudieran impactar en la calidad de la atención sanitaria recibida y que permitan asimismo profundizar en cada uno de los tipos de mejoras identificadas. Contar con los

testimonios de las personas con DI sobre la atención médica que reciben sería también crucial en este sentido.

## REFERENCIAS

- Aguado, A. y Alcedo, A. (2004). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Psicothema*, 16(2), 261-269.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Axmon, A., Karlsson, B. y Ahlstrom, G. (2016). Health care utilisation among older persons with intellectual disability and dementia: a registry study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(12), 1165-1177.
- Barrio del Campo, J.A., Arias, M., Ruiz, M.L. y Vicente, F. (2007). Envejecimiento y discapacidad intelectual; la nueva etapa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 43-56.
- Bittles A. H., Bower C., Hussain R. y Glasson E. J. (2007). The four ages of Down syndrome. *European Journal of Public Health*, 17, 221-225.
- Buys, L., Aird, R. y Miller, E. (2012). Service providers' perceptions of active ageing among older adults with lifelong intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(12), 1133-1147.
- Dodd, P.,Guerin, S., Mulvany, F., Tyrrell, J. y Hillery, J.(2009). Assessment and characteristics of older adults with intellectual disabilities who are not accessing specialist intellectual disability services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(1), 87-95.
- Esteba-Castillo, S., García Alba, J. y Novell, R. (2012). Perfiles neuropsicológicos: guía para la evaluación e intervención del deterioro cognitivo en las personas con síndrome de Down. *Síndrome de Down: vida adulta*, 4(12), 68-77.

- Haveman, M., Heller, T., Lee, L., Maaskant, M., Shooshtari, S. y Strydom, A. (2010) Major health risks in aging persons with intellectual disabilities: an overview of recent studies. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(1), 59-69.
- Haveman, M., Perry, J., Salvador-Carrulla, L., Walsh, P.N., Kerr, M., Lantman-de Valk, H.V.,... Van Hove, G. (2011). Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: Results of the European POMONA II study. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(1), 49- 60.
- Havercamp, S., Ratliff-Schaub, K., Navas, P., Johnson, C.N., Bush, K.L.ySouders, H.T. (2016). Preparing tomorrow's doctors to care for patients with autism spectrum disorder. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(3), 202-216.
- Heller, T. y Sorensen, A. (2013). Promoting healthy aging in adults with developmental disabilities. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 18, 22-30.
- Hoghton, M. (2010). *A Step by Step Guide for GP Practices: Annual Health Checks for People with a Learning Disability*. London: Royal College of General Practitioners.
- Hutzler, Y. y Korensky O. (2010). Motivational correlates of physical activity in persons with an intellectual disability: a systematic literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(9), 767-786.
- Iacono T., Bigby C., Unsworth C., Douglas J. y Fitzpatrick P. (2014) A systematic review of hospital experiences of people with intellectual disability. *BMC Health Services Research*, 14(1), 505.
- Instituto Nacional de Estadística (2011-2012). *Encuesta Nacional de Salud*. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Proyección de la población en España 2014-2064*. Recuperado el: 20 de Enero de 2018. Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es)
- Instituto Nacional de Estadística (2016). *Esperanza de vida al nacimiento según sexo*. Recuperado el 20 de Enero de 2018. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414>

- Langlois, L. y Martin, L. (2008), Relationship between diagnostic criteria, depressive equivalents and diagnosis of depression among older adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(11), 896-204.
- Lunsky, Y., Emery, C., y Benson, B. A. (2002). Staff and self-reports of health behaviours, somatic complaints, and medications among adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 27(2), 125-135.
- Marks, B., Sisirak, J., Heller, T. y Wagner, M. (2010). Evaluation of community-based health promotion programs for Special Olympics athletes. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(2) 119–129.
- McKenzie, K., Martin, L., y Ouellette-Kuntz, H. (2016). Frailty and intellectual and Developmental Disabilities: a Scoping Review. *Canadian Geriatrics Journal*, 19(3), 103.
- Muñoz, J., Fernández, A.B., Belinchón, M., Sellán, M.C., Díaz, M.L., Hernando, M.F. y Muñoz, S. (2013). *Discapacidad intelectual y salud: derechos, desigualdades, evidencias y propuestas*. Madrid: FEAPS. Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.
- Naciones Unidas (2006). *Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Ginebra: Asamblea General Naciones Unidas.
- Navas, P., Uhlmann, S. y Berástegui, A. (2014). *Envejecimiento activo y discapacidad intelectual*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 37(2), 74-109.
- Plena Inclusión (2016). *Plena inclusión reclama un acceso preferente a la Sanidad para las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo con más necesidades de apoyo*. Recuperado de <https://plenainclusionmadrid.org/noticias/plena-inclusion-reclama-un-acceso-preferente-a-la-sanidad-para-las-personas-con-discapacidad-intelectual-o-del-desarrollo-con-mas-necesidades-de-apoyo/>



- Pope, C., Ziebland, S. y Mays, N. (2000). Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320(7227), 114-116.
- Ramsay, H. Mulryan, N., McCallion, P. y McCarrons, M., (2016). Geographical barriers to mental health service care among individuals with an intellectual disability in the Republic of Ireland. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 13(4), 261-268.
- Reyes, I. y Castillo, J.A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 354-359.
- Stanish, H.I., Temple, V.A. y Frey, G. (2006). Health promoting physical activity of adults with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 12, 13-21.
- Strnadova, I., Cumming, T., Knox, M. Parmenter, T. y Min, H. (2015). Perspectives on life, wellbeing, and ageing by older women with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 40(3), 275-285.
- Sullivan, W. F., Berg, J.M., Bradley, E., Cheetham, T., Denton, R., Heng, J.,... McMillan, S. (2011). Primary care of adults with developmental disabilities. *Canadian Family Physician. Le Médecin de famille canadien*, 57(5), 541-553.
- Verdugo, M. A. y Navas, P. (2017). *Todos somos todos: Derechos y calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y mayores necesidades de apoyo*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Viera, A. J. y Garrett, J. M. (2005). Understanding interobserver agreement: The kappa statistic. *Family Medicine*, 37(5), 360-363.
- Walsh P.N., Kerr, M y Van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. M. J. (2013). Health indicators for people with intellectual disabilities: a European perspective. *European Journal of Public Health*, 13(3 Supplement), 47-50.
- Wark, S., Haussain, R. y Edwards, H. (2016). The main signs of ageing in people with intellectual disability. *Australian Journal of Rural Health*, 24(6), 357-362.