

problemas y necesidades relacionados con la salud en personas con discapacidad intelectual

josé antonio mirón canelo, m. alonso sardón y a. serrano ■■■

universidad de salamanca

resumen

Introducción

El **objetivo** del estudio es valorar los problemas y necesidades de Salud en personas adultas con discapacidad intelectual (PADI).

Material y Método

Estudio transversal a través de un cuestionario de 65 ítems sobre variables sociodemográficas, estilos de vida, morbilidad aguda/crónica y calidad de vida relacionada con la salud. Se realizan 265 encuestas por *entrevista personal* a las personas con discapacidad y sus familias.

Resultados

Del total, 185 son hombres (69,8%) y 80 son mujeres (30,2%), edad media 35 años. El 41,5% (IC95%, 41,5±6) refieren que su salud percibida es *buena* y el 26% (IC95%, 26±5) *muy buena*. El 59,6% (158) padece enfermedad y el 45,7% (121) recibe tratamiento habitual. Las enfermedades más frecuentes referidas son: enfermedades cardiovasculares, neurológicas y osteomusculares. El 33% (IC95%, 33,2±6) tiene sobrepeso y el 17% (IC95%, 16,9±4) obesidad. Respecto a la utilización de servicios sanitarios, existe una demanda alta del primer nivel asistencial, fundamentalmente consulta médica 29,4% (IC95%, 29,4±5), y una muy baja de consulta al dentista, refieren no haber ido nunca el 19,6% (IC95%, 19,6±5).

Conclusión

Se evidencia la asociación de comorbilidad asociada a discapacidad intelectual con una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, neurológicas y osteomusculares. El factor de riesgo más importante es el sobrepeso y la obesidad. La demanda de consulta médica es alta y la consulta al dentista es baja; ambas se asocian significativamente al bajo nivel socioeconómico de las familias de los discapacitados.

Palabras clave

Morbilidad sentida, Encuesta por entrevista, Personas adultas con discapacidad intelectual.

Introduction

The aim of the study is to value the problems and necessities of Health in people with intellectual disability (PID).

Material and Method

A transverse study using a 65-item questionnaire addressing socio-demographic, life-style, acute and chronic morbidity and quality-of-life variables related to health. A total of 265 questionnaires were obtained through personal interviews with people with intellectual disability and with their families.

Results

Of the total, 185 are men (69,8%) and 80 are women (30,2%), mean age 35 years. 41.5% (CI 95%; 41,5±6) of the intellectually handicapped individuals reported that their perceived health was good and 26% (CI 95%; 26±5) stated very good, 59,6% (158) he/she suffers illness and 45,7% (121) he/she receives habitual treatment. The more frequent illnesses are: cardiovascular, neurological illnesses and osteo-muscular. 33% (IC95%, 33,2±6) he/she has overweight and 17% (IC95%, 16,9±4) obesity. The use of sanitary services, there is a high demand of the first assistance level, fundamentally consultation doctor 29,4% (IC95%, 29,4±5), and a lower demand of consultation to the dentist, they refer to never have gone 19,6% (IC95%, 19,6±5).

Conclusion

The association co-morbidity and intellectual disability is evidenced with a high prevalence of cardiovascular, neurological illnesses and osteo-muscular. The risk factor more important is the overweight and the obesity. The demand of consultation doctor is high and the consultation to the dentist is low; both, they associate significantly to the first floor socio-economic level of the families of the intellectual disability.

Key Words

Felt Morbidity, Interview questionnaire, People with intellectual disability.

introducción ■ ■ ■

El estado de salud de una población viene definido por la carga de enfermedad, medida de las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones, que incluyen las consecuencias en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

El conocimiento de los problemas de salud y de las necesidades de una población o grupo poblacional constituye un elemento fundamental -fase del conocimiento- para establecer los programas sanitarios prioritarios de intervención y

para la distribución de los recursos que posibiliten la mejora de la Salud. Por estos motivos, existe la necesidad de información sanitaria para la toma de decisiones. En nuestro país, se dispone de información periódica sobre la situación sanitaria de la población general a través de la Encuesta Nacional de Salud que realiza el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC, 2001) y otros registros y fuentes de datos (Mirón y otros, 1996; Regidor y otros, 1999). Disponemos de abundante información sobre las causas de muerte y sobre la morbilidad de la población general, en cambio, apenas empezamos a preguntarnos cuál es el nivel de salud y sus

determinantes de determinados grupos poblacionales, entre éstos se encuentran las personas con discapacidad y sus familias (Jiménez y otros, 2002).

La salud constituye un recurso fundamental para la vida e incluye varias capacidades personales relevantes como la fortaleza, la vitalidad, la atención y las destrezas. Para las personas adultas con discapacidad intelectual (PADI) constituye un factor que puede, en gran medida, facilitar o inhibir la capacidad de funcionamiento. Este funcionamiento físico en las personas con discapacidad intelectual está determinado por múltiples factores. Uno de los más influyentes o determinantes es la existencia de problemas de salud asociados a la discapacidad intelectual. Así, el nivel de salud es una variable dependiente condicionada por factores biológicos, factores ligados al entorno, estilos de vida y por el sistema de atención socio-sanitaria.

Las PADI que presentan enfermedades y como consecuencia limitaciones físicas, mentales y conductuales, en consecuencia menor capacidad de funcionamiento, y por tanto, menores oportunidades de participar en una vida normalizada (Jiménez y otros, 2002). El conocimiento de los problemas de salud asociados a discapacidad intelectual es importante y necesario para establecer programas de salud que posibiliten a este grupo poblacional el acceso al sistema sanitario y, como consecuencia de la efectividad del mismo, las personas con discapacidad pueden tener mayores posibilidades y oportunidades en su vida diaria. Muchas de las personas con discapacidad intelectual que tienen enfermedad y, por tanto, necesidad de cuidados, funcionan correctamente cuando se responde adecuadamente y de manera efectiva a sus necesidades. Una adecuada respuesta a las necesidades de los distintos grupos socia-

les es una característica esencial de un buen sistema sanitario (Bouras, 1994).

En la actualidad en nuestro país, existen pocos estudios epidemiológicos que traten de conocer los problemas y necesidades de Salud de las personas con discapacidad intelectual (Almenara y otros, 1999; Campbell y otros, 1991; Van Schroyenstein y otros, 2000). Los que se han realizado han tenido como objetivo conocer patologías específicas, fundamentalmente neurológicas, y relacionadas con determinadas discapacidades, básicamente Síndrome de Down (Fernández y otros, 2002).

Cabe resaltar que la oportunidad de realizar estudios en este grupo poblacional no es una cuestión de oportunidad o solidaridad sino de Derecho (art 9, 43 y 49 de la Constitución Española) dada la magnitud y la prevalencia de la discapacidad en nuestro país (INE, 1999).

El **objetivo** de este trabajo ha sido valorar los problemas de salud y las necesidades sanitarias de las personas adultas con discapacidad intelectual (PADI).

material y método ■ ■ ■

Se trata de un estudio *descriptivo transversal de base poblacional* de los discapacitados psíquicos adultos de Salamanca (Antó y otros, 1984; Argimon y otros, 1999; Mirón, 1992). Para la recogida de datos primarios se utilizará un *cuestionario estructurado*, cumplimentado mediante una *Encuesta por Entrevista Familiar* en el propio domicilio del discapacitado. Es decir, la entrevista se realiza a los discapacitados en presencia de sus padres y/o familiares. La *entrevista personal* es una técnica de investigación social para obtener la información deseada, de un sujeto determinado de antemano, por medio de una conversación directa en base a un *cuestionario estructurado*, es

decir, a cada entrevistado se le realizan las mismas preguntas, de la misma forma y en la misma secuencia (Argimon y otros, 1999; Bennett y otros, 1975; Kroeger, 1983; Prieto y otros, 2001).

El instrumento de medida ha sido un cuestionario compuesto por 65 ítems, estructurado en 4 módulos de información (*datos sociodemográficos, estilos de vida, utilización de servicios sanitarios y estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud -SF 36-*), cuya redacción se basó en una revisión bibliográfica y en la experiencia que posee el personal docente e investigador del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Salamanca en investigaciones con fines similares al que nos ocupa (Mirón, 1992; Prieto y otros, 2001; Sáenz y otros, 1990; Sáenz y otros, 1991).

Entre los ítems sociodemográficos, se encuentran los referentes a la valoración del nivel de estudios, la situación laboral y el nivel de ingresos, que son los indicadores más utilizados para determinar la posición social de las personas en la estructura social (clase social) (SEE, 1995; SEE, 2000). Existen suficientes evidencias para poder afirmar que la clase social es uno de los principales determinantes en el nivel de la salud de las personas (Sáenz y otros, 1991; SEE, 1995).

La mayoría de las preguntas se presentan de *forma cerrada* (son aquellas en que se especifica de antemano las posibles respuestas), de respuesta de elección única o múltiple, de manera que los alumnos sólo han de contestar la opción elegida. El *periodo de retrospectión* utilizado para cada variable está condicionado por la necesidad de obtención de información suficiente del hecho estudiado (que va a depender de la frecuencia o probabilidad de su ocurrencia) y del efec-

to memoria (hechos y enfermedades graves o infrecuentes son recordados con mayor intensidad y más tiempo que aquellos de menor importancia, habituales o leves).

Para sensibilizar a los padres de la necesidad de este estudio para sus hijos y/o familiares, se envió una carta a los padres y tutores de las personas con discapacidad, solicitando su colaboración en el estudio. Además, se realizaron tres charlas informativas a los padres de la Asociación de deficientes psíquicos de Salamanca al objeto de explicar el objetivo, metodología, proceso del estudio y solicitar su colaboración.

El tamaño de la muestra objeto de nuestro estudio fue de 265 personas adultas con discapacidad intelectual que son atendidos en los diferentes centros ocupacionales y residenciales de la asociación provincial de deficientes psíquicos de Salamanca (ASPRODES-FEAPS SALAMANCA).

El trabajo de campo se realizó entre los meses de abril y octubre de 2003 por 11 alumnos de las licenciaturas de Medicina, Farmacia y Diplomatura de Terapia Ocupacional, después de ser debidamente entrenados. Previamente, se realizó un *estudio piloto* a 50 discapacitados con la finalidad de *validar el cuestionario* y proceder, si era necesario, a introducir cambios para su redacción definitiva (Argimon y otros, 1999; Grau, 1995).

Posteriormente, se realizó la introducción de las encuestas en la Base de Datos. El programa utilizado para realizar la explotación de los datos ha sido el *Programa Estadístico SPSS, versión 11*. Se han utilizado diversos enfoques estadísticos en el tratamiento de la información obtenida. En primer lugar, un *estudio descriptivo de frecuencias* de todas las

variables incluidas en el estudio y la correspondiente *estadística descriptiva* de las variables cuantitativas. En segundo lugar, un estudio de la asociación entre variables a través de diferentes pruebas de significación estadística. Además, para estimar el parámetro poblacional a partir de los valores que las variables ofrecen en los individuos de la muestra, se calculan los respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%.

resultados ■ ■ ■

El total de las personas discapacitadas estudiadas fue de 265, 185 hombres (69,8%) y 80 mujeres (30,2%). La media de edad resulta ser de 35 años con una desviación típica de 11. El 68,9% de los discapacitados ocupa uno de los tres primeros lugares en el rango de nacimiento. La edad de la madre al nacimiento es la siguiente: 35,8% entre 20 y 29 años, 22,6% entre 30 y 34, 15,1% entre 35 y 39, 12,8% más de 40, 2% menos de 20 y 11,6 no sabe. Del total, sólo el 2% refieren la existencia de consanguinidad entre los padres.

La salud percibida de las personas adultas con discapacidad intelectual se presenta en la tabla 1. El 41,5% (IC95%, 41,5±6) de los discapacitados intelectuales refieren que su salud es *buena* y el 26% (IC95%, 26±5) *muy buena*. El 59,6% (158) de los discapacitados padece enfermedad o dolencia y el 45,7% (121) recibe tratamiento habitual. Las enfermedades o problemas de salud percibidos más frecuentes se presentan en la Figura 1. En orden de frecuencia, refieren padecer enfermedades cardiovasculares, enfermedades del sistema nervioso central y osteomusculares.

La percepción del continuo Salud-Enfermedad por parte de las PADI se puede valorar en la tabla 2. Refieren que

son *personas sanas como cualquier persona*, 102 (IC95%, 38,5±6), que se *ponen enfermos fácilmente* 35 (IC95%, 13,2±4) y que su salud es excelente 98 (IC95%, 37,0±6).

En la tabla 3 se puede observar la frecuencia de sobrepeso y obesidad de las PADI. El 45% de los discapacitados entrevistados presentan normopeso (18,5-24,9 del IMC), un 33,2% sobrepeso (25-29,9), el 12,9% obesidad grado I (30-34,9), el 1,5% obesidad grado II y el 2,5% obesidad mórbida (Ver figura 2).

El nivel de instrucción de los padres y la necesidad de servicios sanitarios de las PADI se presenta a través de la tabla 4. Llama la atención lo siguiente: el 84% de los padres *no tienen estudios o tienen estudios primarios*, el 88% de las madres y el 95% de las personas con discapacidad. En las últimas dos semanas, el 29,4% (IC95%, 29,4 ±5) (78) ha consultado a su médico de Atención Primaria. En relación con la demanda al dentista, destacar que el 19,6% (IC95%, 19,6 ±5) no ha ido nunca, el 53,2% (IC95%, 53,2 ±6) hace más de un año que no va y el 27,2% (IC95%, 27,42±5) hace menos de un año.

Las necesidades de apoyo familiar quedan reflejadas en la tabla 5. Las necesidades básicas y sociales son cubiertas generalmente por las familias.

discusión ■ ■ ■

La principal limitación de los resultados de este estudio está relacionada con el procedimiento para obtener información, es decir, con la encuesta por entrevista personal, ya que ésta se realiza a PADI. Estas personas saben lo que les pasa, pero tienen dificultades para recordar y describir sus síntomas y expresar adecuadamente sus padecimientos físicos y su importancia. Por este motivo y para

subsancar los posibles déficits de información, la entrevista se realizó en presencia de los padres u otros familiares, generalmente hermanos, o cuidadores de centros ocupacionales. Como todos sabemos, el déficit cognitivo de las personas con discapacidad ha sido suplido por la actitud, generalmente *sobreprotectora* de los padres y familiares; por este motivo, éstos conocen la historia clínica de sus hijos y/o familiares.

Para valorar las características socioeconómicas, es decir, la clase social en la que se encuadran las personas adultas con discapacidad intelectual, se introdujeron en la encuesta, los indicadores propuestos por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE, 1995; SEE, 2000). De ellos, no podemos utilizar el nivel de ingresos por falta de respuestas (32,5%), y tampoco, la situación laboral u ocupación de los padres dado que la mayor parte están jubilados (37% de los padres y sólo un 11% de las madres trabajan). Por lo que para valorar la clase social, se ha utilizado el nivel de estudios de los padres. Éste distingue adecuadamente a los individuos con diferente estado de salud, dado que las personas con mayor instrucción tienen más recursos para comprender mejor la información relativa a prevención y sobre todo, promoción de la Salud y el nivel de estudios se considera la cualificación más importante en el mercado laboral, por lo que tiene una fuerte asociación con el nivel de ingresos y el nivel de vida. Los resultados del estudio indican que sólo un 8% de los padres y un 4% de las madres poseen estudios superiores y que el 84% de los padres y el 88% de los madres no tienen estudios o tan sólo estudios primarios. Por tanto, las personas con discapacidad intelectual pertenecen a familias de bajo o muy bajo nivel socioeconómico y social. Factor que condiciona la resolución de los problemas y las necesidades de Salud, y en conse-

cuencia, determina una mayor demanda y utilización de los servicios y prestaciones sanitarias.

En relación con la *Salud percibida*, las PADI refieren porcentajes ligeramente inferiores de autovaloración de su Salud a la población general, 66,5% frente al 70% de la población general (MSC, 2001). Si se observan mayores diferencias, en relación con las enfermedades padecidas por la población general y este grupo poblacional, llama la atención que los discapacitados padecen con mayor frecuencia enfermedades cardiovasculares (sobre todo, hipertensión arterial), enfermedades del sistema nervioso central (fundamentalmente epilepsia y depresión) y osteomusculares. La hipertensión arterial es la enfermedad más declarada por parte de la población general española, sobre todo a partir de los 45 años (MSC, 2001). Estos resultados son similares, a los encontrados en un estudio realizado mediante evaluación médica a través de entrevista clínica y exploración física (Almenar y otros, 1999) y a los descritos en otros estudios (Campbell y otros, 1991; Van Schroyenstein, 2000). También, llama la atención que la morbilidad sentida está asociada de manera estadísticamente significativa al nivel de ingresos familiares ($p=0,025$). La alta frecuencia de hipertensión se debe probablemente a varios factores, entre los que destacan, envejecimiento precoz de las PADI, alta prevalencia de sobrepeso y obesidad y falta de ejercicio físico, factores de riesgo frecuentes de este grupo poblacional, sobre todo en la edad adulta.

Con respecto a la percepción que las PADI tiene sobre el equilibrio dinámico entre la Salud-Enfermedad, éstos refieren que *son personas sanas como cualquiera* y que además *no enferman fácilmente*. Además, refieren que desconocen si su Salud va a empeorar, cosa razonable, y

son muy optimistas en relación a su estado de salud, quizás por su déficit cognitivo o porque se comparan con sus padres, generalmente mayores, como patrón de referencia.

Para la valoración del sobrepeso y la obesidad, en este trabajo, se ha utilizado el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet. Este índice es el más utilizado para estimar la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en la población general. Los resultados obtenidos muestran que el 33% (IC95%, 33,2±6) de las PADI tienen sobrepeso y el 17% (IC95%, 16,9±5) tienen obesidad. Dichos resultados, indican que este grupo poblacional tiene mayores porcentajes de obesidad y sobrepeso que la población general española y que su grupo etáreo en dicha población (Aranceta, 1998; Aranceta y otros, 1998; Gutiérrez-Fisac, 1994). Estos niveles pueden explicarse por varios motivos, probablemente relacionados, falta de ejercicio, bajo nivel socioeconómico de las familias y por la edad de los padres, la mayor parte por encima de los 65 años (edad de jubilación en España). Dado que la edad es un marcador de riesgo en relación a la falta de ejercicio, y el nivel de estudios de los padres, explicaría, la falta de fomento de ejercicio en el tiempo libre. Pero también se debe a la falta de oportunidades para realizar un ocio activo, dadas los recursos sociales disponibles. Hecho, que se comprueba, cuando se observa la existencia de asociación significativa ($p=0,002$) entre el IMC y la situación laboral del padre (jubilado).

La necesidad de servicios sanitarios por parte de todos los grupos sociales es objeto de estudio y debate. En nuestro país, el Sistema Nacional de la Salud garantiza la cobertura universal y las instituciones públicas garantizan el derecho constitucional a la protección de la Salud. Pero es interesante saber si éste se hace efectivo en todos los grupos poblaciona-

les, incluido el grupo de personas con discapacidad intelectual. El 29,4% de los discapacitados refiere haber consultado al médico en las dos semanas previas a la entrevista, frente al 24,3% de la población general (MSC, 2001). Esta mayor demanda de consultas médicas puede deberse a múltiples factores, en orden de importancia, la mayor prevalencia de enfermedades y padecimientos, la menor capacidad para resolver problemas leves o menores y a la actitud de sobreprotección de los padres y/o familiares que tienden a descargar la responsabilidad de sus problemas de salud y otras necesidades sociales en el sistema sanitario. Esta mayor demanda de la Atención Primaria, puerta de entrada al sistema sanitario, nos parece positiva siempre y cuando desde la misma se realicen estrategias oportunistas para lograr una mayor equidad de acceso al sistema de cuidados, y sobre todo, a actividades preventivas y de promoción de la salud en un grupo social desfavorecido como es éste. En relación a los motivos de consulta, éstos son similares a la población general, es decir, diagnóstico y/o tratamiento y revisión. Un hecho que llama la atención es que los distintos motivos de consulta se asocian estadísticamente al nivel de estudios de la madre ($p=0,030$) y del padre ($p=0,005$). Asociación razonable, dado que son éstos los que deciden.

En relación con la demanda del segundo nivel asistencial, se puede afirmar, tanto para los servicios de urgencia como la hospitalización, que su utilización es menor que en la población general. Probablemente esta menor demanda esté relacionada con la mayor utilización del primer nivel asistencial (*filtro* funcional del sistema sanitario español) donde se resuelven la mayor parte de los problemas de Salud.

La consulta al dentista en el último año

es del 27,2% frente al 49% de la población de referencia. Esta importante diferencia, de casi el doble, se debe a la falta de recursos de la mayoría de las familias de los discapacitados dado que la falta de demanda de este servicio clínico-preventivo se asocia estadísticamente ($p=0,001$) con el nivel de estudios de los padres y con la situación laboral del padre y de la madre. Estos resultados, confirman los reflejados en otros estudios españoles (Lostao y otros, 2001; Regidor y otros, 1996). Como consecuencia, de esta falta de accesibilidad a los servicios de salud bucodental (el 19,6% refiere no haber ido nunca al dentista), las PADI tienen un bajo nivel de salud dental y constituye una prioridad de prevención y promoción de la salud para este grupo poblacional (Cortés y otros, 2003).

En relación a las necesidades de apoyo, las PADI refieren que son las familias las que resuelven la mayor parte de las necesidades complementarias relacionadas con el binomio salud-enfermedad, es decir, las relacionadas con la adquisición de estilos de vida y hábitos saludables para la mejora de la Salud como son el

ocio y el deporte. Aspecto que nos debe hacer reflexionar a los profesionales sobre la necesidad de impulsar y fomentar la actividad física y el ocio activo como elemento determinante en la mejora de la Salud de este grupo social.

En resumen, las PADI padecen una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares, neurológicas y osteomusculares, en consecuencia, tienen mayores necesidades relacionadas con la salud. Su salud bucodental es mala, aunque necesitaría de estudios con otra metodología para mayores evidencias, y el sobrepeso y la obesidad constituyen una prioridad preventiva para los próximos años.

agradecimiento ■ ■ ■

Agradecimiento

A la Fundación MAPFRE MEDICINA por la financiación de este trabajo que pretende aportar conocimiento, sobre un grupo social bastante desconocido, para fundamentar científicamente las respuestas sociales que en materia de Salud se deben dar a las PADI.

bibliografía

Almenara, J.; García González-Gordon, R.; Novalbos, J.P.; Merello, B.; Abellán, M.J. y García Ortega, C. (1999). Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. *Revista Española de Salud Pública*, 73, 383-392.

Antó, J.M. y Company, A. (1984). Diagnóstico de Salud de la Comunidad. Principios, métodos, medidas y fuentes de datos. *Atención Primaria*, 1, 247-257.

Aranceta, J. (1998). Epidemiología de la obesidad en los países desarrollados. *Nutrición y Obesidad*, 1, 12-22.

Aranceta, J.; Pérez, C.; Serra, L.L.;

Ribas, L.; Quiles, J.; Vioque, J. y otros. (1998). Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO 1997. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 111, 441-445.

Argimon, J.M. y Jiménez, J. (1999). *Métodos de investigación. Clínica y epidemiológica*. Barcelona: Harcourt.

Benett, A.E. y Ritchie, K. (1975). *Questionnaires in medicine. A guide to their design and use*. Londres: Oxford University Press.

Bouras, N. (1994). Mental Health in Mental Retardation. *British Medical Journal*, 309, 1095-1096.

Campbell, M. y Malone, R.P. (1991).

Mental retardation and psychiatric disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 4, 42.

Cortés, J. y Llodra, J.C. (2003). Salud Pública Bucodental. En: J.M. Cabasés, J.R. Vilalbí y C. Aibar (Editores). *Informe SESPAS 2002 (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria)*. Barcelona: SESPAS.

Fernández Jaén, A. y Calleja, B. (2002). Retraso Mental desde la Atención Primaria. *Medicina Integral*, 39, 141-146.

Grau, G. (1995). Metodología para la validación de cuestionarios. *Medifam*, 5, 351-359.

Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) - Álvarez C., Alonso J., Domingo A. y Regidor E.-. (1995). *La medición de la clase social en Ciencias de la Salud*. Barcelona: SG Editores.

Grupo de Trabajo de Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria. (2000). Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria*, 25, 350-363.

Gutiérrez-Fisac, J.L.; Regidor, E. y Rodríguez, C. (1994). Prevalencia de la obesidad en España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 102, 10-13.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (1999). *Encuesta sobre Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud*. Madrid: INE.

Jiménez Buñuales, M.T.; González Diego, P. y Martín Moreno, J.M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la Salud (CIF) 2001. *Revista*

Española de Salud Pública, 76, 271-279.

Kroeger, A. (1983). Health interview surveys in developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 12, 465-481.

Lostao, L.; Regidor, E.; Calle, M.E.; Navarro, P. y Domínguez, V. (2001). Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/1997. *Revista Española de Salud Pública*, 75, 115-128.

Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). (2001). *Encuesta Nacional de la Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Mirón, J.A. (1992). *Diagnóstico de Salud Comunitaria: estudio descriptivo del nivel de Salud de la provincia de Salamanca*. Salamanca: Ed. Diputación de Salamanca.

Mirón, J.A.; Sáenz, M.C. y González Celador, R. (1996). Una visión práctica de información sanitaria en España. *Revista Clínica Española*, 96, 174-178.

Prieto, L. y Badía, X. (2001). Cuestionarios de salud. Concepto y metodología. *Atención Primaria*, 28, 203-208.

Regidor, E.; De Mateo, S.; Gutiérrez-Fisac, J.L., Fernández de la Hoz, K. y Rodríguez, C. (1996). Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 107, 285-288.

Regidor, E. y Gutiérrez-Fisac, J.L. (1999). *Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del programa*

regional Europeo Salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Sáenz, M.C. y Mirón, J.A. (1990). Morbilidad prevalente en la población rural de Salamanca. *Medicina Integral*, 4, 170-174.

Sáenz, M.C. y Mirón, J.A. (1991). Valoración de la demanda y utiliza-

ción de los servicios sanitarios por parte de la población rural de la provincia de Salamanca. *Rev San Hig Pub*, 65, 61-70.

Van Schrojenstein, L. y otros. (2000) Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. *Family Practice*, 17, 405-407.

Tabla 1
SALUD PERCIBIDA POR LAS PADI

	Frecuencia	%	IC 95%
Excelente	34	12,8 %	12,8 ± 4
Muy buena	69	26,0 %	26,0 ± 5
Buena	110	41,5 %	41,5 ± 6
Regular	43	16,2 %	16,2 ± 4
Mala	9	3,4 %	3,4 ± 2
TOTAL	265	100%	

Tabla 2
PERCEPCIÓN DE LAS PADI SOBRE EL BINOMIO SALUD-ENFERMEDAD

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
	Frec(%±IC)	Frec(%±IC)	Frec(%±IC)	Frec(%±IC)	Frec(%±IC)
Me pongo enfermo fácil	5 (1,9±2)	35 (13,2±4)	66 (24,9±5)	40 (15,1±4)	119 (44,9±6)
Sano como cualquiera	102 (38,5±6)	77 (29,1±5)	47 (17,7±5)	25 (9,4±4)	14 (5,3±3)
Mi salud va a empeorar	10 (3,8±2)	21 (7,9±3)	111 (41,9±6)	29 (10,9±4)	94 (35,5±6)
Mi salud es excelente	98 (37,0±6)	74 (27,9±5)	51 (19,2±5)	26 (9,8±4)	16 (6,0±3)

Tabla 3
ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN PADI

IMC	Frecuencia	%	% válido	IC 95%
Peso insuficiente (<18,5)	10	3,8%	5,0%	5,0±3
Normopeso (18,5-24,9)	91	34,3%	45,0%	45,0±6
Sobrepeso (25-29,9)	67	25,3%	33,2%	33,2±6
Obesidad grado I (30-34,9)	26	9,8%	12,9%	12,9±4
Obesidad grado II (35-39,9)	3	1,1%	1,5%	1,5±1
Obesidad mórbida grado III (>40)	5	1,9%	2,5%	2,5±2
NS/NC	63	23,8%		
TOTAL	265	100%	100%	

Tabla 4
NIVEL DE ESTUDIOS Y NECESIDAD DE SERVICIOS SANITARIOS

	Nivel estudios PADRE		Nivel estudios MADRE	
	Sí (% ± IC 95%)	No (% ± IC 95%)	Sí (% ± IC 95%)	No (% ± IC 95%)
Consulta médico				
Ninguno	9% ± 3	25,6% ± 5	11,3% ± 4	27,1% ± 5
Estudios 1°	15,8% ± 4	33,2% ± 6	15,1% ± 4	34,7% ± 6
Bachillerato	1,5% ± 1	3,8% ± 2	1,1% ± 1	3,8% ± 2
F.P.	0,7% ± 1	1,5% ± 1	0,7% ± 1	1,1% ± 1
T. G. M.	0,0% ± 0	0,4% ± 1	0,0% ± 0	0,7% ± 1
Universitario	2,2% ± 2	6,0% ± 3	1,1% ± 1	3,0% ± 2
Visita dentista				
Ninguno	27,5% ± 5	7,1% ± 3	30,5% ± 6	7,9% ± 3
Estudios 1°	38,1% ± 6	10,9% ± 4	40,4% ± 6	9,4% ± 4
Bachillerato	4,5% ± 2	0,7% ± 1	4,1% ± 2	0,7% ± 1
F.P.	2,2% ± 2	0,0% ± 0	1,5% ± 1	0,4% ± 1
T. G. M.	0,4% ± 1	0,0% ± 0	0,4% ± 1	0,4% ± 1
Universitario	7,5% ± 3	0,7% ± 1	3,4% ± 2	0,7% ± 1
Serv .Urgencias				
Ninguno	6,8% ± 3	27,9% ± 5	7,5% ± 3	30,9% ± 6
Estudios 1°	9,4% ± 4	39,6% ± 6	9,8% ± 4	40,0% ± 6
Bachillerato	0,7% ± 1	4,5% ± 2	0,4% ± 1	4,5% ± 2
F.P.	0,4% ± 1	1,9% ± 2	0,7% ± 1	1,1% ± 1
T. G. M.	0,0% ± 0	0,4% ± 1	0,0% ± 0	0,7% ± 1
Universitario	1,1% ± 1	7,1% ± 3	0,0% ± 0	4,1% ± 2
Hospitalización				
Ninguno	2,2% ± 2	32,4% ± 6	2,6% ± 2	35,8% ± 6
Estudios 1°	3,8% ± 2	45,3% ± 6	3,4% ± 2	46,4% ± 6
Bachillerato	0,0% ± 0	5,3% ± 3	0,0% ± 0	4,9% ± 3
F.P.	0,0% ± 0	2,2% ± 2	0,0% ± 0	1,9% ± 2
T. G. M.	0,0% ± 0	0,4% ± 1	0,0% ± 0	0,7% ± 1
Universitario	0,0% ± 0	8,3% ± 3	0,0% ± 0	4,1% ± 2

Tabla 5
NECESIDADES DE APOYO FAMILIAR EN PADI

	Siempre Frec(%±IC)	Casi siempre Frec(%±IC)	Muchas veces Frec(%±IC)	Algunas veces Frec(%±IC)	Sólo alguna vez Frec(%±IC)	Nunca Frec(%±IC)
BÁSICAS						
Alim.,vest.	181 (68,3±6)	41 (15,5±4)	4 (1,5±1)	13 (4,9±3)	10 (3,8±2)	16 (6,0±3)
Salud,segur.	162 (61,1±6)	58 (21,9±5)	3 (1,1±1)	14 (5,3±3)	12 (4,5±2)	16 (6,0±3)
Apoyo social	143 (54,0±6)	56 (21,1±5)	6 (2,3±2)	16 (6,0±3)	20 (7,5±3)	24 (9,1±3)
SOCIALES						
Educación	155 (58,5±6)	55 (20,8±5)	2 (0,8±1)	11 (4,2±2)	6 (2,3±2)	36 (13,6±4)
Ocio,deporte	133 (50,2±6)	49 (18,5±5)	2 (0,8±1)	13 (4,9±3)	19 (7,2±3)	49 (18,5±5)
Integración	138 (52,1±6)	56 (21,1±5)	5 (1,9±2)	12 (4,5±2)	13 (4,9±3)	41 (15,5±4)
Laborales	138 (52,1±6)	47 (17,7±5)	2 (0,8±1)	15 (5,7±3)	17 (6,4±3)	46 (17,4±5)

Figura 1
MORBILIDAD SENTIDA POR LAS PADI

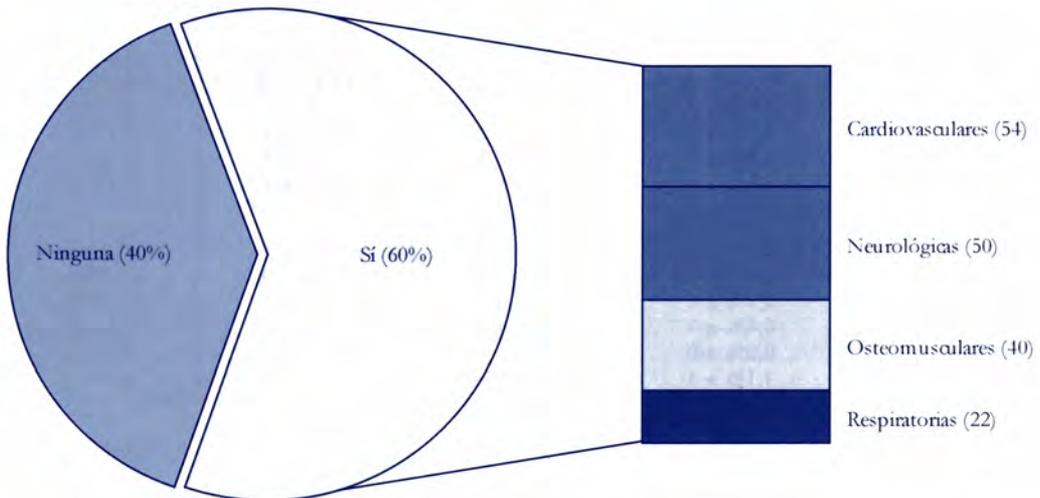


Figura 2
SOBREPESO Y TIPOS DE OBESIDAD EN PADI

