

Epidemiología de la discapacidad intelectual en España EDAD08

D. Gutiérrez¹, J. Casas², M. March³ y J. Pascual⁴

1 Enfermera Coordinadora Programas promoción de la salud y prevención de la Enfermedad Salud Vital de Huila. Neiva, Huila – Colombia

2 Profesor asociado Facultad de Farmacia y Ciencias de la Alimentación Universidad de Barcelona - España

3 Profesora Titular Facultad de Farmacia y Ciencias de la Alimentación Universidad Barcelona- España

4 Director Técnico Residencia El Lluç Fundació Apip Acam. Sant Fost de Campsentelles – España

Fundamentos: El objetivo fue describir y analizar los principales datos epidemiológicos de la Discapacidad Intelectual en España manifestados en la encuesta EDAD08.

Método: Estudio descriptivo, observacional, transversal. Los datos fueron obtenidos de los archivos de microdatos de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia realizada en España 2008 y analizados en SPSS®.

Resultados: La prevalencia estimada de Discapacidad Intelectual fue 0,44%. El grupo de 10-19 años fue el de mayor prevalencia (0,64). El índice de masculinidad para Discapacidad Intelectual fue 1,45. La prevalencia del Síndrome de Down, dentro de este grupo, fue de 18,7% y su Índice de masculinidad fue de 1,35

Conclusiones: La prevalencia de DI en España muestra unos valores inferiores a los reportados en los diferentes estudios internacionales. El Índice de Masculinidad se encuentra dentro de valores esperables. El Síndrome de Down ha disminuido su incidencia y presenta inversión del Índice de Masculinidad.

Palabras clave: Discapacidad Intelectual, Epidemiología, Encuesta Nacional, Índice de masculinidad, Síndrome de Down, Comorbilidad.

EPIDEMIOLOGY OF INTELLECTUAL DISABILITY IN SPAIN EDAD08

Aims: Describe and analyze the main epidemiological data of Intellectual disability in Spain in 2008.

Methods: Descriptive, observational, cross-sectional and retrospective study. Data were obtained and from the microdata files from the Survey on Disabilities, Personal Autonomy and Dependency Situations held in Spain in 2008, which were analyzed by SPSS®.

Results: The estimated Intellectual Disability prevalence was 0,44%. The age group 10-19 had the highest prevalence 0,64. The sex ratio for Intellectual Disability was 1,45. The prevalence of Down's syndrome in Intellectual disability was 18,7% and Sex Ratio was 1,35.

Conclusions: The prevalence of Intellectual Disability in Spain shows values lower than those reported in different international studies. The Sex Ratio is within expected values. Down's syndrome has reduced its incidence and Sex Ratio presents reversed values.

Keywords: Intellectual Disability, Epidemiology, National Survey, Sex Ratio, Down's syndrome, Comorbidity.

INTRODUCCIÓN

La Discapacidad Intelectual (DI) ha sufrido múltiples cambios evolutivos en su modelo conceptual, lo cual ha permitido comprenderla desde una perspectiva socio-ecológica y multidimensional, como la expresión de limitaciones en el funcionamiento individual dentro de un contexto social, cuyo origen depende de factores orgánicos y/o sociales que causan limitaciones funcionales reflejándose en una falta de habilidad o restricción tanto en funcionamiento personal, como en el desempeño de roles y tareas esperadas para una persona en un ambiente social. Este nuevo enfoque también resalta los sistemas de clasificación multidimensionales que incluye dentro de sus principales propósitos: financiación, investigación, servicios/apoyos individualizados y comunicación sobre ciertas características de las personas y su entorno (Verdugo y Schalock, 2010a: 96).

La evolución de la concepción de DI se debe a que se ha mejorado la comprensión sobre esta población y así mismo supone un reto para los planificadores de políticas públicas y prestación de servicios para lograr cada vez más la integración y participación en la sociedad de las personas con discapacidad y su familia cuyos resultados deben reflejarse en la persona, su familia y la sociedad (Verdugo y Schalock, 2010b: 96). De ahí la importancia de conocer la magnitud de la DI, identificando sus características y necesidades a nivel nacional y local para que

se tomen decisiones basadas en información actual y veraz, las cuales se deben orientar a promover el desarrollo, la educación, los intereses y bienestar personal de estas personas, así como para mejorar su funcionamiento individual en los diferentes contextos.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la salud (OMS), el número de casos de DI se sitúa alrededor del 1,5% de la población, llegando hasta un 4% en los países no desarrollados (Alsina, et al, 2004: 23). Datos similares fueron reportados por Harris (2006), donde la prevalencia a nivel mundial variaba entre el 1 y el 3% (Harris, 2006: 448). Dentro de la clasificación de la DI se encontró que el 85% corresponde a retraso mental leve, el 10% a moderado, el 4% a severo y el 2% profundo (King, et al, 2009a: 3444).

Maulik et al, en un metanálisis de la literatura entre 1980 y 2009, encontró prevalencias entre 0,093% y 15,60% (incluyendo países en vía de desarrollo) (Maulik, et al, 2011: 419). Las más bajas se observan en estudios de ámbito nacional de países con renta per cápita alta y que incluían población adulta con prevalencias entre 0,56% y 0,69%. Así mismo, manifiesta que el ámbito territorial influye de forma que en los barrios urbanos deprimidos y zonas semiurbanas se da mayor prevalencia, seguido por entornos rurales. Al valorar la

edad de la población objeto de estudio observan que los estudios dirigidos a niños y adolescentes muestran tasas más altas que los dirigidos a población adulta.

El estudio de la prevalencia de la DI en España apenas tiene tradición. Únicamente se ha encontrado un trabajo de ámbito institucional en Zamora, un segundo de ámbito comarcal (La Safor, Valencia), otro provincial (Jaén) y el cuarto a nivel de comunidad autónoma (Galicia) (Rosellón, 1998: 213), (Tomás, 1991:365), (Delgado, 1989a: 327), (Díaz, 1988: 385). Esta realidad contrasta con la amplitud de trabajos en otros entornos y que permiten la realización de meta análisis y abordar esta realidad desde la salud pública. (King, et al, 2009 (b): 3444), (Roeleveld, et al, 1997a: 125), (Chapman, et al, 2008: 102).

Los trabajos de Penrose (Laxova, 1998a: 1333), manifestaron que el Índice de Masculinidad (IM) estaba claramente decantado hacia los hombres. Roeleveld observa que en la mitad de los trabajos revisados se estudia el IM y manifiestan una presencia superior en hombres del 20% (Roeleveld, et al, 1997b: 125). Casi todos los estudios indican que la prevalencia de retraso mental es mayor en los hombres que en las mujeres, especialmente entre los niños menores de 15 años de edad y específicamente para el retraso mental leve, los varones tienen alrededor de una prevalencia 1,5 veces mayor (Maulik y Harbor, 2010a). En España, según datos de 2011, el

índice es de 1,32 (IMSERSO, 2014:15). La asociación Tutelar Asistencial de Discapacitados Intelectuales Atades (2012) obtiene un índice para todas las edades y niveles de 1,29 (Abay, 2012: 18). En 1989 para Jaén, en todas las edades se observó un índice de 1,20 (Delgado, 1989b: 327).

Esta asimetría se explica, en gran medida, por el papel del cromosoma X (Lubs, et al, 2012: 579), cuyas condiciones asociadas, como el síndrome X frágil, se expresan con menos frecuencia en las mujeres y se estima que dichas condiciones pueden contribuir aproximadamente en el 16% de la DI en los varones (Lai, et al. 2012: 2301). Sin embargo, esta explicación, por si sola, sería insuficiente y no daría cuenta de la mayor prevalencia de varones en el Síndrome de Down (SD) suponiendo un reto para encontrar los mecanismos biológicos subyacentes (Mutton, et al. 1996: 387), (Griffin, et al. 1996: 1108). Algunos estudios han cuestionado la robustez de tal afirmación, refiriendo un IM menor del que tradicionalmente se ha evidenciado en esta población (Carothers, et al. 2001: 149), sin embargo este fenómeno podría explicarse debido a una gran proporción de diagnósticos falsos positivos en las mujeres (Kovaleva, 2011:203).

Así mismo, el dominio del sexo masculino se da en otra patología con afectación del sistema nervioso central, como es la parálisis cerebral, de menor etiología genética (Johnston y Hagberg, 2007a: 74), y en muchos otros trastornos del desarrollo

relacionados con el sistema nervioso central (Leonard y Wen, 2002a:117). Sería el concepto de una mayor susceptibilidad biológica masculina (Kraemer, 2000a:1609) la que unificaría su mayor vulnerabilidad al estrés oxidativo (Evers, et al, 2009a:1194), las hemorragias intraventriculares, la hipoxia y la prematuridad (Johnston y Hagberg, 2007b: 74).

La observación de una menor esperanza de vida (Strauss y Eyman, 1996:643) ha de suponer un reto para la medicina preventiva y el establecimiento de guías clínicas específicas. Este grupo presenta unas características específicas en relación a la salud que conlleva menor esperanza de vida, mayor morbilidad, menor participación en programas preventivos de salud y mayor uso de recursos sanitarios (Baxter, et al, 2006: 93).

En Inglaterra y Gales (2011), la media de edad al fallecimiento fue de 65 años para hombres y de 63 para las mujeres mientras que para la población general fue de 78 y 83 años respectivamente (Heslop, et al, 2014: 889). En Australia observan que el 50% de probabilidad de supervivencia para DI fue de 68,6 mientras que para los varones de la población general era de 75,6 y de 81,2 para mujeres. Ponen de manifiesto que la longevidad se relaciona con el nivel de DI al observar que la esperanza de vida era de 58,6 años para DI severa, 67,6 para DI moderada y de 74,0 para DI leve (Bittles, et al, 2002a:470). Dentro de la DI profunda, la menor movilidad y mayor dificultad para la

alimentación reduce significativamente la esperanza de vida (Eyman, et al, 1990:584).

Los adultos con DI experimentan las desigualdades en salud y la muerte a más temprana edad en comparación con la población general (National Health Scotland, 2004). Cooper (Cooper, et al, 2015a:1), concluye que la carga de comorbilidad es mayor en personas con DI, se produce a una edad mucho más temprana y el perfil de las condiciones de salud difiere de la población general. En Finlandia (Arvio y Sillanpää, 2003a:108) se encontró que el 92% de las personas con DI tenía de 1 a 6 discapacidades asociadas y el 8% tenía la DI como única discapacidad, dentro de las condiciones relacionadas se encontraban defectos del habla 62,2%, epilepsia 51,8% y discapacidades motoras 35%, la ceguera 7,5%, se asoció con enfermedades metabólicas y encefalopatía post-asfíxia. Patologías como el autismo o la esquizofrenia, fueron frecuentes en personas con DI de etiología desconocida. La naturaleza progresiva de la enfermedad era una característica de enfermedades metabólicas y SD (Arvio y Sillanpää, 2003b:108).

Dentro de las condiciones de salud mental, los adultos con DI tenían mayor prevalencia en cinco condiciones así: depresión 15,8%, Ansiedad-estrés 8,1%, esquizofrenia 5,6% y abuso de alcohol 3,8% (Cooper, et al, 2015b:1). Las personas con DI institucionalizadas a menudo eran más

profundamente discapacitados y tenían más trastornos asociados. La atención institucional indica una peor supervivencia en todos los grupos de edad (Patja, et al, 2000a:591).

De acuerdo a lo anterior, en el presente trabajo se describieron y analizaron los principales datos epidemiológicos de la DI en España: prevalencia general y por edad, índice de masculinidad y comorbilidad a través de los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia realizada en España 2008.

SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal. Los datos fueron obtenidos a partir de los archivos de microdatos en formato de texto, de la encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia realizada en España 2008 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), los cuales se encuentran disponibles en su página web (Instituto Nacional de Estadística, 2008) y los archivos de sintaxis en formato SPSS®, que pueden

obtenerse desde la página de envejecimiento en red (Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2008).

En el tratamiento estadístico, los archivos de microdatos fueron transformados utilizando los archivos de sintaxis y posteriormente se ejecutaron a través de SPSS® 20.0 para realización de análisis descriptivo, teniendo en cuenta que la encuesta fue diseñada para ponderar y elevar las muestras (Martínez, 2006:1). Las variables categóricas se expresaron a través de frecuencias, proporciones y porcentajes y las variables cuantitativas, a través de la media. Los datos clasificados se presentaron en tablas y gráficos. La determinación del Intervalo de Confianza (IC) se realizó bajo los siguientes parámetros: nivel de significación alfa de 0.05, nivel de confianza 95% y el IC escogido ha sido de límites exactos del porcentaje. En la tabla 1 se encuentran las principales características de la encuesta y de los archivos de microdatos, entre ellos los tamaños muestrales.

Tabla 1
Características Encuesta discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008

Encuesta 2008	Nombre archivo	Tamaño muestra	Características
Familias	MICRODAT.TOTAL.HOGARES.txt	91.290	
Miembros	MICRODAT.TOTAL.HOGARES.txt	258.187	
Discapacidades <6 años	MICRODAT.TOTAL.LIMITA.txt	381	No disgrega las "deficiencias mentales"
Discapacidades >=6 años	MICRODAT.TOTAL.DISCAP.txt	22.795	Incluye retraso madurativo. Diferencia entre leve y límite.
Establecimientos	No disponible	800	
Residentes	MICRODATOS.txt	10.567	Incluye retraso madurativo. Diferencia entre leve y límite

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

La Tabla 2 muestra las frecuencias por grupo de edad de las personas con DI, la población en general y la prevalencia de DI. La prevalencia global estimada de DI fue 0,44% con respecto de la población general. La mayor proporción de casos de DI se encontró en los menores de 50 años, siendo el grupo etario de 10-19 años el de mayor prevalencia. Asimismo se incluyó la

proporción de personas con DI institucionalizadas constituyendo el 12,17% de la población atendida en servicios residenciales y el 17,89% de la población con DI. El índice de masculinidad para la población general fue de 0,98 y para la población con DI de 1,45, su distribución por rango de edad también se presenta en la tabla 2.

Tabla 2
Prevalencia DI, SD e IM por rangos de Edad.

Edad*	DI N	DI %	Gral. N	Gral. %	Prev. DI %	Prev. DI IC- 95%	IM DI	IM Gral.	SD N	SD/DI %	SD/DI IC- 95%	IM SD
0-9	22.179	11,22	4.531.276	10,00	0,49	0,46 - 0,52	1,37	1,06	3.623	16,34	14,18 - 18,50	0,37
6-9	8.088	4,09	1.722.239	3,80	0,47	0,44 - 0,50	1,30	1,05	979	12,10	10,20 - 14,01	0,26
10-19	28.267	14,31	4.428.077	9,77	0,64	0,61 - 0,67	1,39	1,06	4.038	14,29	12,24 - 16,33	0,79
20-29	27.272	13,80	6.352.612	14,02	0,43	0,40 - 0,45	1,92	1,05	8.366	30,68	27,98 - 33,37	1,95
30-39	33.407	16,91	7.847.732	17,32	0,43	0,40 - 0,45	1,28	1,07	9.745	29,17	26,51 - 31,83	1,50
40-49	22.920	11,60	6.877.428	15,17	0,33	0,31 - 0,36	1,61	1,01	5.197	22,67	20,23 - 25,12	1,54
50-59	12.816	6,49	5.329.826	11,76	0,24	0,22 - 0,26	1,59	0,97	2.749	21,45	19,05 - 23,85	2,01
60-69	6.978	3,53	4.185.648	9,24	0,17	0,15 - 0,18	1,45	0,91	116	1,66	0,92 - 2,41	-----
70-79	5.433	2,75	3.485.659	7,69	0,16	0,14 - 0,17	1,28	0,79	356	6,55	5,11 - 8,00	1,80
>=80	2.979	1,51	1.993.485	4,40	0,15	0,13 - 0,16	0,31	0,57	-----	-----	-----	-----
>=65	20.042	10,14	7.358.726	16,24	0,27	0,25 - 0,29	-----	-----	356	1,78	1,00 - 2,55	-----
Institución	35.345	17,89	290.530	0,64	12,17	11,54 - 12,79	1,42	0,56	2.754	7,79	6,33 - 9,26	1,71
Total	197.596	100,00	45.322.273	100,00	0,44	0,41 - 0,46	1,45	0,98	36.944	18,70	16,42 - 20,97	1,35

*Edad en Años. DI: Discapacidad Intelectual. N: valor absoluto. Gral.: Población general. Prev.: Prevalencia. IC: Intervalo de confianza. IM: índice de masculinidad. SD: Síndrome de Down

Fuente: Elaboración propia

Las provincias con mayor prevalencia, excluyendo la población institucionalizada, superando la global fueron: Coruña 0,64%, Albacete 0,63% y Álava 0,52%; Las de menor prevalencia: Ávila 0,13%, Soria 0,18% y Huesca 0,19%. En la tabla 3 se presenta la distribución por todas las provincias.

Según la clasificación de la DI a nivel

general se encontró que, la DI Profunda-Severa y la DI Moderada superan el 34% cada una, seguido de la DI leve con 17%, y la inteligencia límite y el retraso madurativo superando el 6% cada uno; estos datos se obtuvieron de las personas con DI mayores de 6 años e institucionalizadas. Con respecto al Síndrome de Down (SD), la prevalencia de

este dentro de la población con DI fue de 18,7% y la mayor proporción de casos se encontró en el grupo de 10 a 49 años, siendo el grupo etario de 30-39 años el de más prevalencia, los mayores de 40 años constituyeron el 22,8% y el 7,79% se

encontraba institucionalizado. El IM global para la población con SD fue de 1,35, hallándose un valor muy superior al general en el grupo etario de 50-59 años 2,01 e inferior en el grupo de 6 a 9 años 0,26.

Tabla 3.
Prevalencia de DI por Provincias.

Provincia	DI N*	Grat N	Prev. DI %	Prev. DI IC (95%)
Álava	1.593	303.573	0,52%	0,50 - 0,55
Albacete	2.459	390.982	0,63%	0,60 - 0,66
Alicante/Alacant	8.349	1.833.018	0,46%	0,43 - 0,48
Almería	2.327	659.983	0,35%	0,33 - 0,38
Ávila	224	166.201	0,13%	0,12 - 0,15
Badajoz	2.517	668.075	0,38%	0,35 - 0,40
Balears (Illes)	2.967	1.040.434	0,29%	0,26 - 0,31
Barcelona	13.423	5.313.062	0,25%	0,23 - 0,27
Burgos	909	359.579	0,25%	0,23 - 0,27
Cáceres	1.722	403.362	0,43%	0,40 - 0,45
Cádiz	3.971	1.194.575	0,33%	0,31 - 0,35
Castellón/Castelló	2.568	573.594	0,45%	0,42 - 0,47
Ciudad Real	1.665	508.213	0,33%	0,31 - 0,35
Córdoba	3.791	778.710	0,49%	0,46 - 0,51
Coruña (A)	7.186	1.115.705	0,64%	0,61 - 0,67
Cuenca	677	211.325	0,32%	0,30 - 0,34
Girona	2.366	706.205	0,34%	0,31 - 0,36
Granada	4.320	889.523	0,49%	0,46 - 0,51
Guadalajara	618	223.810	0,28%	0,26 - 0,30
Guipúzcoa	1.404	685.587	0,20%	0,19 - 0,22
Huelva	2.239	494.268	0,45%	0,43 - 0,48
Huesca	421	217.811	0,19%	0,18 - 0,21
Jaén	2.989	651.318	0,46%	0,43 - 0,48
León	1.818	479.947	0,38%	0,36 - 0,40
Lleida	1.232	417.235	0,30%	0,27 - 0,32
Rioja (La)	1.103	309.099	0,36%	0,33 - 0,38
Lugo	1.375	344.716	0,40%	0,37 - 0,42
Madrid	18.484	6.160.053	0,30%	0,28 - 0,32
Málaga	7.535	1.523.444	0,49%	0,47 - 0,52
Murcia	4.988	1.406.439	0,35%	0,33 - 0,38
Navarra	1.755	598.570	0,29%	0,27 - 0,31
Ourense	901	324.868	0,28%	0,26 - 0,30
Asturias	5.152	1.052.436	0,49%	0,46 - 0,52
Palencia	654	167.565	0,39%	0,37 - 0,41
Palmas (Las)	4.207	1.050.552	0,40%	0,38 - 0,42
Pontevedra	4.701	934.934	0,50%	0,48 - 0,53
Salamanca	937	343.279	0,27%	0,25 - 0,29
Santa Cruz de Tenerife	2.832	983.367	0,29%	0,27 - 0,31
Cantabria	1.588	566.424	0,28%	0,26 - 0,30
Segovia	503	158.489	0,32%	0,30 - 0,34
Sevilla	8.965	1.822.615	0,49%	0,46 - 0,52
Soria	163	91.094	0,18%	0,16 - 0,20
Tarragona	1.931	762.802	0,25%	0,23 - 0,27
Teruel	492	142.892	0,34%	0,32 - 0,37
Toledo	2.246	630.117	0,36%	0,33 - 0,38
Valencia/València	6.038	2.468.173	0,24%	0,23 - 0,26
Valladolid	2.430	514.116	0,47%	0,45 - 0,50
Vizcaya	4.132	1.132.467	0,36%	0,34 - 0,39
Zamora	568	192.801	0,29%	0,27 - 0,32
Zaragoza	4.227	924.299	0,46%	0,43 - 0,48
Ceuta	301	71.544	0,42%	0,40 - 0,45
Melilla	283	68.490	0,41%	0,39 - 0,44
Total	162.246	45.031.742	0,36%	0,34 - 0,38

* No incluye población con DI institucionalizada. **Fuente:** Elaboración propia

En cuanto al estado de salud de las personas con DI provenientes de hogares mayores de 6 años y de los que residen en

centros, el 27,31% presentan asociada otra discapacidad no intelectual. Dentro de estas deficiencias destacan las visuales, presentes

en el 8,35%, de ellas el 6,10% presentan mala visión y el 2,25% ceguera total. Le siguen, con el 6,75%, las deficiencias del sistema nervioso, destacando los trastornos de la coordinación del movimiento y/o tono muscular que se presenta en el 3,77% de esta población. En la población con DI institucionalizada las deficiencias mentales, excluida la DI (demencias, enfermedad mental y otros trastornos mentales), están presentes en el 5,14% de los casos y en la población con DI ambulatoria sólo ocupó un 1,33%. La tabla 4 muestra las frecuencias observadas y su significación para chi-cuadrado.

Los principales diagnósticos de salud en las personas con DI mayores de 6 años fueron: Daño cerebral adquirido 26,73, Otras demencias 14,44%, Parálisis Cerebral 8,47%, Artritis o Artrosis 6,81%. Para la mayoría de las patologías contempladas tanto en las encuestas a hogares como a instituciones se observa, en aquellos casos que no hay distribución uniforme, mayor prevalencia en el grupo que reside en hogares, con excepción de demencias y esquizofrenia. La tabla 5 muestra las frecuencias observadas de las patologías indagadas y su significación para chi-cuadrado.

Tabla 4. Deficiencias observadas.

Deficiencias asociadas	Hogar >=6 Centros		Chi-cuadrado	Total
	%	%		
DEFICIENCIAS MENTALES	1,33%	5,14%	0,00	3,58%
Demencias	0,15%	1,70%		1,06%
Enfermedad mental	0,34%	1,69%		1,14%
Otros trastornos mentales	0,85%	1,75%		1,38%
DEFICIENCIAS VISUALES	7,16%	9,18%	0,10	8,35%
Ceguera total	0,90%	3,19%		2,25%
Mala visión	6,26%	5,99%		6,10%
DEFICIENCIAS DEL OIDO	5,16%	8,25%	0,01	6,98%
Sordera prelocutiva	0,68%	1,25%		1,02%
Sordera postlocutiva	0,12%	0,60%		0,41%
Mala audición	4,36%	6,39%		5,56%
Trastornos del equilibrio	0,00%	0,00%		0,00%
DEFICIENCIAS DEL LENGUAJE, HABLA Y VOZ	3,88%	1,09%	0,00	2,23%
Mudez (no por sordera)	0,24%	0,16%		0,19%
Habla dificultosa o incomprensible	3,64%	0,93%		2,04%
DEFICIENCIAS OSTEOARTICULARES	4,84%	4,62%	0,80	4,71%
Cabeza	0,10%	0,00%		0,04%
Columna vertebral	1,30%	1,89%		1,65%
Extremidades superiores	1,69%	0,45%		0,96%
Extremidades inferiores	1,74%	2,27%		2,05%
DEFICIENCIAS DEL SISTEMA NERVIOSO	6,45%	6,96%	0,65	6,75%
Parálisis de una extremidad superior	0,77%	0,09%		0,37%
Parálisis de una extremidad inferior	0,66%	0,11%		0,34%
Paraplejía	0,33%	0,43%		0,39%
Tetraplejía	0,07%	0,69%		0,43%
Trastornos de la coordinación de movimientos y/o tono muscular	3,91%	3,66%		3,77%
Otras deficiencias del sistema nervioso	0,70%	1,98%		1,45%
DEFICIENCIAS VISCERALES	3,56%	2,66%	0,21	3,03%
Aparato respiratorio	0,18%	0,16%		0,17%
Aparato cardiovascular	0,38%	0,16%		0,25%
Aparato digestivo	0,26%	0,21%		0,23%
Aparato genitourinario	1,89%	1,35%		1,57%
Sistema endocrino-metabólico	0,71%	0,79%		0,76%
Sistema hematopoyético y sistema inmunitario	0,15%	0,00%		0,06%
OTRAS DEFICIENCIAS	1,00%	1,40%	0,42	1,24%
Piel	0,07%	0,08%		0,08%
Deficiencias múltiples	0,93%	1,32%		1,16%
Deficiencias no clasificadas en otra parte	0,00%	0,00%		0,00%
NINGUNA	78,25%	68,82%	0,00	72,68%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Diagnósticos asociados.

	>=6	Institución	chi.cuadrado	Total
Diagnóstico	%	%		%
Le han diagnosticado lesión medular	1,25%	0,47%	0,05	0,79%
Le han diagnosticado parkinson	1,14%	1,40%	0,57	1,29%
Le han diagnosticado esclerosis lateral	0,70%	0,08%	N.A.	0,33%
Le han diagnosticado esclerosis múltiple	0,54%	0,39%	0,56	0,45%
Le han diagnosticado agenesia / amputaciones	0,60%	0,47%	0,76	0,52%
Le han diagnosticado laringectomías	0,62%	0,08%	N.A.	0,30%
Le han diagnosticado artritis / artrosis	8,55%	5,60%	0,01	6,81%
Le han diagnosticado artritis reumatoide. Espondilitis anquilopoyética	2,83%	0,70%	0,00	1,57%
Le han diagnosticado distrofia muscular	6,03%	2,49%	0,00	3,94%
Le han diagnosticado espina bífida / hidrocefalia	0,81%	0,16%	N.A.	0,42%
Le han diagnosticado infarto de miocardio. Cardiopatía isquémica	3,35%	1,88%	0,03	2,48%
Le han diagnosticado accidentes cerebrovasculares	7,21%	2,57%	0,00	4,47%
Le han diagnosticado autismo y otros trastornos asociados al autismo	2,91%	2,49%	0,54	2,66%
Le han diagnosticado parálisis cerebral	10,25%	7,23%	0,01	8,47%
Le han diagnosticado daño cerebral adquirido	27,11%	26,46%	0,73	26,73%
Le han diagnosticado demencia de tipo Alzheimer	0,24%	0,47%	N.A.	0,37%
Le han diagnosticado otras demencias	11,05%	16,80%	0,00	14,44%
Le han diagnosticado esquizofrenia	1,35%	6,46%	0,00	4,37%
Le han diagnosticado depresión	10,56%	2,64%	0,00	5,88%
Le han diagnosticado trastorno bipolar	0,35%	1,32%	N.A.	0,92%
Le han diagnosticado retinosis pigmentaria	0,35%	0,23%	N.A.	0,28%
Le han diagnosticado miopía magna	4,72%	0,93%	0,00	2,48%
Le han diagnosticado degeneración macular senil	0,34%	0,16%	N.A.	0,23%
Le han diagnosticado retinopatía diabética	0,66%	0,70%	0,94	0,68%
Le han diagnosticado glaucoma	0,44%	1,10%	N.A.	0,83%
Le han diagnosticado cataratas	4,25%	4,05%	0,81	4,13%
Le han diagnosticado VIH / sida	0,00%	0,16%	N.A.	0,09%
Le han diagnosticado enfermedades raras	4,49%	1,40%	0,00	2,67%
Le han diagnosticado insuficiencia renal	2,30%	1,17%	0,05	1,63%
Le han diagnosticado cáncer	0,90%	1,40%	0,29	1,19%

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Los principales resultados de este estudio muestran que la prevalencia de DI en España presenta unos valores inferiores a los reportados por diferentes autores (Leonard y Wen, 2002b:117), con características similares en cuanto al ámbito, metodología y grupos etarios. El grupo etario con la prevalencia más elevada fue de 10-19 años, siendo la discapacidad profunda-severa y moderada las más frecuentes. Un significativo porcentaje de personas con DI presentan asociada otra discapacidad no intelectual, destacándose las deficiencias visuales y del sistema nervioso. El índice de masculinidad es mayor en esta condición y varía de acuerdo al grupo de edad.

Estos datos podrían explicarse a partir de la evolución del concepto de DI (Leonard y Wen, 2002c:117), que amplía la visión, el abordaje, los mecanismos para detectarla y clarificarla y que también estaría influenciando la prevalencia por severidad la cual se manifestó de manera muy distinta a los resultados de estudios previos (King, et al, 2009c: 3444). De forma operativa la encuesta fue diseñada para considerar discapacidad a la limitación importante para la realización de actividades de la vida diaria, restringiendo la comparación con otros estudios, sin embargo comparaciones con las encuestas de años anteriores del INE deberían permitir hacer una aproximación cuantitativa al posible efecto excluyente de este criterio.

Los índices de masculinidad se encuentran en concordancia con los hallazgos de los diferentes estudios internacionales (Laxova, 1998b: 1333), (Roeleveld, et al, 1997c: 125), (Williams y Decouflé, 1999a: 814), donde queda en evidencia la mayor prevalencia del género masculino en esta condición. Esta característica ha sido analizada desde el punto de vista genético identificándose más de 200 genes localizados en el cromosoma X que se relacionan a su vez con la inteligencia y es en el varón donde siempre se expresa este cromosoma (Cobas, 2011: 34). De igual forma, una mayor susceptibilidad biológica masculina se relacionaría con una alta vulnerabilidad a las lesiones pre y postnatales (Johnston y Hagberg, 2007c: 74), (Kraemer, 2000b:1609), (Evers, et al, 2009b:1194).

La mayor prevalencia observada en población infantil y adolescente se presenta generalmente debido a que en este periodo se inicia la escuela y es allí donde se identifican más casos debido al aumento de la presión de los estudios. Sin embargo, estas tasas caen en la edad adulta temprana, cuando desaparecen las presiones de la escuela, y posteriormente debido a la muerte temprana de individuos con formas más graves de discapacidad (Maulik y Harbor, 2010b). Los datos sobre la heterogeneidad de la distribución de la DI por provincias deben tenerse presentes a la hora de planificar servicios y sería válido evaluar si los requerimientos de estas personas están siendo cubiertos en estas zonas geográficas y

en caso contrario implementar las medidas tendientes a satisfacer esas necesidades a partir de los resultados aquí expuestos.

El síndrome de Down ha sido estudiado y descrito como la causa genética más común de DI siendo la edad materna tardía el principal factor de riesgo (Williams y Decouflé, 1999b: 814). En los últimos 25 años se ha apreciado una tendencia a la disminución de su incidencia en un 50% condicionada en gran medida, por la tasa de abortos inducidos posterior a la confirmación de un diagnóstico prenatal donde un tercio de los embarazos con fetos con anomalías cromosómicas no llegan a término (Robles, 2007:68). Así mismo los resultados del presente estudio confirman que esta población tiene cada vez una mayor esperanza de vida, teniendo en cuenta que el 23,9% de los que viven en hogar superan los 40 años de edad.

Según los resultados del presente estudio, el 21,75% de las personas con DI tiene una o más discapacidades adicionales a su DI los cuales contrastan con lo referenciado por diferentes autores (Makena, et al, 2014a:32), (Arvio y Sillanpää, 2003c:108). Aunque las discapacidades múltiples son características de la encefalopatía, las complicaciones tienen principalmente un trasfondo genético (Arvio y Sillanpää, 2003d:108), por lo tanto resultaría interesante el establecer en futuras investigaciones, las relaciones entre la etiología, el grado de severidad de la DI y el tipo de deficiencias asociadas. Por otro lado, la salud mental de estas personas se

encuentra especialmente afectada, observándose una mayor prevalencia de enfermedades mentales y de frecuente presentación en personas institucionalizadas, sin embargo estos datos pueden significar un subdiagnóstico de estas entidades debido a las dificultades para aplicar criterios diagnósticos en personas con un grado DI más grave (Makena, et al, 2014b:32). De acuerdo a lo anterior, se plantea la necesidad de la atención en salud con enfoque multidisciplinario, enfático en el diagnóstico dual y diferencial.

Es importante reconocer que cada vez son más las personas que envejecen con DI y aunado a las comorbilidades que padecen, las cuales están asociadas a su etiología (Arvio y Sillanpää, 2003e:108), por ejemplo el SD (Bittles, et al, 2002b:470), requieren unas cuidados especiales que tendrán que ser atendidas en los servicios de salud, combinando el apoyo familiar y de la comunidad para mejorar la calidad de vida y disminuir las necesidades institucionales (Patja, et al, 2000b:591). Las personas con DI necesitan servicios específicos independientemente de donde vivan y en una edad mucho más temprana que la población general. Por lo tanto se requieren iniciativas específicas para reducir las desigualdades en esta población (Cooper, et al, 2015c:1). Estos datos son trascendentales debido a que no tienen precedente a nivel nacional, permitiendo conocer la situación en la que se desenvuelven las personas con DI para la construcción de políticas para su bienestar,

basadas en decisiones informadas con datos reales y de acuerdo a la evolución de su concepción. Así mismo, se hace necesario establecer comparaciones con periodos pasados y futuros para establecer los factores que influyen en estas tendencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verdugo Alonso MA, Schalock RL. (2010). "Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual." *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 41(21):96.
2. Alsina RN, et al. (2004). "Discapacidad intelectual: aspectos generales. En: *Salud mental y alteraciones de la conducta en las Personas Con Discapacidad Intelectual*". Guía práctica para técnicos y cuidadores. Madrid, FEAPS.
3. Harris JC. (2006): "Epidemiology: Who is affected?" En: *Intellectual Disability: Understanding Its Development, Causes, Classification, Evaluation, and Treatment*. New York, Oxford University press, Inc.
4. King BH, et al. (2009) "Intellectual Disability". En: *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
5. Maulik PK, et al. (2011): "Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies". *Research in Developmental Disabilities*. 32(2):419-436.
6. Rosellón MJ. (1998): "Variables en relación con la deficiencia mental". *Revista de Psicología General y Aplicada*. 51(2):213-221.
7. Tomás M, et al. (1991): "Epidemiology of mental deficiency: The study of Safor (I) Prevalence and aetiology". *Anales españoles de pediatría*. 34(5):365-371.
8. Delgado Rodríguez M, et al. (1989): "Prevalencia de la subnormalidad mental censada en la provincia de Jaén". *Gaceta Sanitaria* 10(3):327-332.
9. Díaz Fernández F. (1988): "Descriptive epidemiology of registered mentally retarded persons in Galicia (northwest Spain)". *American journal of mental retardation: AJMR*. 92(4):385-392.
10. Roeleveld N, et al. (1997): "The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature". *Developmental medicine and child neurology*. 39(2):125-132.
11. Chapman DA, et al. (2008): "Public health approach to the study of mental retardation". *American journal of mental retardation*. 113(2):102-116.
12. Laxova R. (1998): "Anecdotal, Historical and Critical Commentaries on Genetics. Lionel Sharples Penrose, 1898-1972: A personal memoir in celebration of the centenary of his birth". *Genetics*. 150(4):1333-1340.
13. Maulik PK, Harbour CK. (2010): "Epidemiology of Intellectual Disability". (en línea). <<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/144/>>, acceso 02 de Abril de 2016.
14. Gobierno de España. Secretaría de estado de servicios sociales e Igualdad IMSERSO. (2014): "Base estatal de datos de personas con valoración del grado de Discapacidad". (en línea). <http://www.dependencia.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2014.pdf>, acceso 02 de Abril de 2016.
15. Abay Analistas económicos y sociales. (2012): "Evolución futura de la población con discapacidad intelectual en Aragón". (en línea). <<http://www.atades.com/wp-content/uploads/2012/05/evolucion-futura-poblacion-con-discapacidad-intelectual-en-aragon.pdf>>, acceso 02 de Abril de 2016.
16. Lubs HA, Stevenson RE, Schwartz CE (2012). "Fragile X and X-linked intellectual disability: Four decades of discovery". *American Journal of Human Genetic*. 90(4):579-590.
17. Lai DC, et al. (2012). "Gender and geographic differences in the prevalence of intellectual disability in children: Analysis of data from the national disability registry of Taiwan". *Research in Developmental Disabilities*. 33(6):2301-2307.
18. Mutton D, et al. (1996). "Cytogenetic and epidemiological findings in Down syndrome, England and Wales 1989 to 1993". *Journal of medical genetics*. 33(5):387-394.
19. Griffin DK, et al. (1996). "Sex ratio in normal and disomic sperm: evidence that the extra chromosome 21 preferentially segregates with the Y chromosome". *American journal of human genetics*. 59(5):1108-1113.
20. Carothers AD, et al. (2001). "Search for ethnic, geographic, and other factors in the epidemiology of Down syndrome in South America: Analysis of data from the ECLAMC project, 1967-1997". *American Journal of Medical Genetics*. 103(2):149-156.
21. Kovaleva N V. (2011). "Gender Affects Clinical Suspicion of Down syndrome. En: *Prenatal Diagnosis and Screening for Down syndrome*". Rijeka, Intech. 203-216.
22. Johnston M V, Hagberg H. (2007). "Sex and the pathogenesis of cerebral palsy". *Developmental medicine and child neurology*. 49(1):74-78.
23. Leonard H, Wen X. (2002). "The epidemiology of mental retardation: Challenges and opportunities in the new millennium". *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 8(3):117-134.
24. Kraemer S. (2000). "The fragile Male". *British Medical Journal*. 321:1609-1612.
25. Evers IM, et al. (2009). "Male predominance of congenital malformations in infants of women with type 1 diabetes". *Diabetes Care*. 32(7):1194-1195.

26. Strauss D, Eyman RK. (1996). "Mortality of people with mental retardation in California with and without Down syndrome, 1986-1991". *American Journal of Mental Retardation*.100:643-653.
27. Baxter H, et al. (2006). "Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability".*British Journal of General Practice*. 56(523):93-98.
28. Heslop P, et al. (2014). "The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: A population-based study". *Lancet*.383(9920):889-895.
29. Bittles, AH, et al. (2002). "The Influence of Intellectual Disability on Life Expectancy". *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 57A(7)470-472.
30. Eyman, R K, et al. (1990). "The life expectancy of profoundly handicapped people with mental retardation". *The New England journal of medicine*. 323(9):584-589.
31. National Health Scotland. (2004):*Health needs assessment report. People with learning disabilities in Scotland*. (en línea). <http://www.gla.ac.uk/media/media_63872_en.pdf>, acceso 2 de abril de 2016.
32. Cooper SA, et, al. (2015): "Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: population-based cross-sectional analysis".*BMC Family Practice*. 16(1):1-11.
33. Arvio M, Sillanpää M. (2003): "Prevalence, aetiology and comorbidity of severe and profound intellectual disability in Finland".*Journal of Intellectual Disability Research*. 47(2):108-112.
34. Patja K, et al. (2000): "Life expectancy of people with intellectual disability: A 35-year follow-up study".*Journal of Intellectual Disability Research*. 44(5):591-599.
35. Instituto Nacional de Estadística, (2008): "Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia".(en línea). <http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736195313&idp=1254735573175>, acceso 16 de febrero de 2016.
36. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. (2008): "Envejecimiento en red. EN-RED. Portal especializado en envejecimiento y personas mayores.*Gerontología y Geriatria*". (en línea). <<http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>>, acceso 16 de Febrero de 2016.
37. Martínez JS. (2006): "Explotación de la Encuesta de Población Activa". *Metodología de Encuestas*. 1:1-33.
38. Williams LO, Decoufflé P. (1999): "Is maternal age a risk factor for mental retardation among children?".*American journal of epidemiology*. 149(9):814-823.
39. Cobas Ruíz M, et al. (2011): "Caracterización epidemiológica y social de las personas con discapacidad intelectual en Cuba".*Revista Cubana de Salud Pública*. 37(1):34-43.
40. Robles Bello MA. (2007): "Incidencia y prevalencia del síndrome de Down".*Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*. (93):68-70.
41. Makena H, et al. (2014): "A Study of Co-Morbidity in Mental Retardation". *International Journal of Health Research in Modern Integrated Medical Sciences*.8612:32-40.

Código de registro: 1804076485940

Fecha de registro: 07-abr-2018 18:52 UTC

Creative Commons Attribution-NonCommercial

4.0

