

Evaluación del envejecimiento psicológico en las personas con discapacidad psíquica

Ramona Ribes
Jaime Sanuy

Universidad
de Lleida

Introducción

En el estudio de la población con discapacidad psíquica, la etapa del envejecimiento se ha convertido en los últimos años en uno de los campos de investigación que más atención ha recibido por parte de los autores anglosajones. Ello se debe principalmente al rápido aumento de la esperanza de vida que ha experimentado este grupo en concordancia con el aumento producido en la población general.

La evaluación de los cambios en el proceso de envejecimiento en la población general se aborda desde una perspectiva global a nivel bio-psico-social, entroncándose en el paradigma contextual. Esto es, explicando el comportamiento de la persona a través de su ciclo vital por la interacción que se produce entre los diferentes elementos que intervienen. Por tanto, el análisis evolutivo del comportamiento es el continuo proceso de interacción de la persona con su entorno, siendo de vital importancia la adecuación que se haga entre la persona y el medio en que envejece¹.

En el caso de la población con discapacidad psíquica, la evaluación de estos cambios tendría que seguir estos mismos parámetros. Sin embargo, existen una serie de aspectos diferenciales respecto a la población general que conviene tener en cuenta.

Un primer aspecto diferencial es el aumento de las variables personales y ambientales que influirán en este proceso siendo la causa de este aumento el propio retraso mental.

Dentro del aumento de variables personales, destaca la etiología del retraso mental, el nivel de retraso y los problemas de salud que pueden asociarse como consecuencia del propio retraso².

La etiología más estudiada como factor personal que influye en el proceso de envejecimiento ha sido el síndrome de Down ya que su presencia comporta un

porcentaje más alto de una serie de enfermedades tanto respecto a la población general como con discapacidad psíquica. Entre ellas destacan los problemas de tiroides, cardiopatías, obesidad y déficits sensoriales, en concreto, los déficits visuales producidos por cataratas³.

El nivel de retraso mental influye en los indicadores iniciales del proceso de envejecimiento. Así, el declive con el paso del tiempo de las personas con retraso mental ligero es más marcado en las capacidades cognitivas mientras que las personas con retraso mental medio y severo acusan antes el declive funcional que el cognitivo. El nivel de retraso severo presenta por lo general, mayor número de problemas de salud⁴.

A nivel de salud, Flórez destaca una patología médica específica en la persona con discapacidad psíquica que va incrementándose con el paso del tiempo. Esta patología la divide en dos componentes de causa directa e indirecta. En la indirecta estarían los problemas derivados de la propia limitación de la discapacidad como por ejemplo, los factores nutricionales por un pobre control personal de los hábitos de alimentación o el problema de la osteoporosis debido al hábito de sedentarismo. En la causa directa de esta patología médica específica, destaca la frecuencia mayor de trastornos mentales en la persona con discapacidad psíquica respecto a la población general⁵.

En relación al aumento de las variables ambientales que influirán en el proceso de envejecimiento destacaríamos el tipo de servicio en el que se le ha atendido preferentemente: una institución. Un ambiente institucional puede suponer un estilo de vida caracterizado por un bajo nivel de oportunidades sociales. En un estudio a partir del seguimiento de un grupo de más de 500 personas adultas con síndrome de Down los autores exponen como el nivel de oportunidades sociales tienen una relación importante con el hecho de presentar un buen nivel de salud física y

Correspondencia:
Ramona Ribes Castells
Departamento de Pedagogía
y Psicología
Facultad de Ciencias de la
Educación
Prta de la Caparrella s/n
25192 Lleida
Telf.: 973 702 300 ext. 235.
E-mail: r.ribes@pip.udl.es

psíquica. Por tanto, proponen como estrategia de intervención el promover estilos de vida mucho más sanos en relación a los hábitos alimentarios, el sueño y el ejercicio así como el asegurar un entorno social que proporcione un nivel alto de oportunidades⁶.

Un segundo aspecto diferencial en el estudio de este proceso de envejecimiento es la precocidad de su inicio en referencia al límite cronológico de los 65 años que se marca en la población general. Esta precocidad es consecuencia del aumento de variables personales y ambientales apuntado anteriormente. Aunque la revisión bibliográfica presenta datos poco concluyentes, una gran parte de los estudios marcan los 45 años como el inicio cronológico del declive⁷⁻⁸. Con todo, resulta difícil aplicar un parámetro cronológico para acotar su inicio, es decir, ubicar una edad "n" antes de la edad esperada de muerte debido a la falta de estudios suficientemente extensos sobre su expectativa de vida⁹.

Por tanto, para la concreción del inicio de este proceso tendrá que utilizarse parámetros funcionales en las tres dimensiones básicas del envejecimiento: biológica, social y psicológica teniendo en cuenta el aumento de las variables personales y ambientales intervinientes comentadas anteriormente. Centrándonos en la concreción de los parámetros para la evaluación de la dimensión psicológica del envejecimiento en personas con discapacidad psíquica, a continuación se exponen una serie de consideraciones diferenciales respecto a la población general.

Partiendo del concepto de evaluación psicológica estamos de acuerdo con Fernández-Ballesteros en considerarla como el proceso a través del cual se pretende el análisis objetivo de los comportamientos considerados relevantes en un sujeto a los niveles de complejidad necesarios, así como la detección de las variables que causan o mantienen dichos comportamientos¹⁰. Así pues, la evaluación psicológica en la vejez responde al proceso sistemático de recogida de información de una serie de áreas de funcionamiento sobre un sujeto o grupo de ellos. En este trabajo partimos de las cinco áreas de evaluación psicológica del envejecimiento en población general según Montorio: actividades de la vida diaria, funcionamiento social, funcionamiento afectivo, salud y funcionamiento cognitivo¹¹.

Existe sin embargo dificultades respecto a la sistematización en la recogida e integración de los aspectos característicos de cada una de estas áreas debido en parte a la gran variabilidad individual que la población mayor muestra y las implicaciones de ello sobre el establecimiento de datos normativos apropiados¹¹.

En el caso de la población con discapacidad psíquica, el aumento respecto a la población general de las variables individuales y ambientales citadas anteriormente que influyen sobre el proceso de envejecimiento determinará una mayor dificultad en la sistematización de la recogida e integración de las características específicas de cada una de las áreas de evaluación psicológica.

Por ello el trabajo pretende realizar a partir de la bibliografía consultada, una aproximación a las consideraciones y / o adaptaciones a tener en cuenta para la población mayor con discapacidad psíquica en cada una de las áreas de funcionamiento psicológico citadas así como recoger algunos de los posibles instrumentos para su evaluación.

Áreas de evaluación psicológica

Actividades en la vida diaria

El término Actividades de la vida cotidiana o diaria se usa para referirse a un conjunto de actividades cuya realización es necesaria para el autocuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente. Entre ellas, las más revisadas en los instrumentos pensados tanto para población general como con discapacidad psíquica son el grado de independencia en el vestido, higiene personal, continencia, alimentación, movilidad y problemas de conducta¹²⁻¹⁴.

En el caso de las personas mayores con discapacidad psíquica, la evaluación ha de considerar que partimos en la mayoría de los casos de una discapacidad a nivel funcional como consecuencia del propio retraso mental y las posibles deficiencias físicas y/o sensoriales asociadas. Este nivel funcional habrá de contemplarse como la línea-base a partir de la cual se evaluarán los posibles cambios y por tanto será básico el realizar un seguimiento longitudinal.

En referencia a los instrumentos de evaluación, la revisión bibliográfica al respecto plantea la necesidad de utilizar materiales específicos ya que los existentes para población general no son lo suficientemente sensibles para registrar los cambios que se dan¹⁵. En la Tabla 1¹⁶ se especifican tres de los tests más utilizados. Algunos investigadores incluyen en la batería de pruebas de esta área instrumentos específicos para la evaluación de las alteraciones en la conducta. Tal es el caso, por ejemplo, del test Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults (Mateson, 1988) o del Neuropsychology Behavior and Affect Profile (Nelson *et al.*, 1989).

Tabla 1.
Tests utilizados
en la evaluación
del declive funcional
en las personas
con síndrome de Down
(Ribes, 1999)

Tests	Estudios
Adaptive Behavior scale (ABS) (Nihira <i>et al.</i> , 1974)	Fine, Tangeman y Woodard, (1990); Collacott, (1993); Prasher y Cheung Chung, (1996); Collacott y Cooper, (1997)
Vineland Adaptive Behavior scale, (VABS) (Sparrow <i>et al.</i> , 1984)	Burt, Loveland y Lewis, (1992); Burt <i>et al.</i> , (1995); Roeden y Zitman, (1995) ; Witts y Elders (1996), Hon <i>et al.</i> , (1998)
El Minnesota Develop Mental Programming System-Behavioral Scales (Joiner i Krantz, 1979)	Zigman <i>et al.</i> , (1987)

Funcionamiento social

Montorio (1994) diferencia para su evaluación, el bienestar psicológico y la existencia de redes de apoyo social. El bienestar psicológico hace referencia a como las personas experimentan su propia vida a lo largo de un continuo que va de aquello más positivo a lo más negativo (Okun y Stock, 1987) citado en¹¹. Esto es, el bienestar se expresa en sentimientos, emociones, valoraciones y reflexiones que las personas hacen sobre su propia calidad de vida.

En el caso de población con discapacidad psíquica, la revisión bibliográfica no recoge materiales para la evaluación de este aspecto. Ello puede ser debido en parte, a las dificultades que el propio retraso mental puede ocasionar en la consciencia y verbalización de esta información por parte del sujeto sobre todo si presenta un nivel de retraso severo o profundo. En el caso de niveles de retraso medio y ligero, la entrevista con la propia persona podría servir para recoger este tipo de información.

El término de apoyo social hace referencia a las funciones que las relaciones sociales de un sujeto le ofrecen (por ejemplo, apoyo emocional, económico, ayuda asistencial...). Por tanto, las relaciones sociales en el campo de la gerontología se han convertido en un área prioritaria de investigación debido a su influencia sobre el funcionamiento y la salud de los ancianos. Así, en la medida que el apoyo social puede influir en el estado de salud mediante el incremento del sentimiento de control, las personas mayores –especialmente las institucionalizadas– podrían estar en desventaja respecto a otros grupos de edad¹¹.

En este sentido, la atención mayoritaria de las personas con discapacidad psíquica en instituciones, en algunos casos durante gran parte de su vida, puede actuar en desventaja no solo respecto a otros grupos de edad con discapacidad psíquica sino a la población general. Sin embargo, en la actualidad es difícil el estudio de la influencia de esta variable en cuanto que la mayoría del colectivo está institucionalizado.

Por otro lado, el entorno familiar también presenta características diferenciales que pueden actuar negativamente en el apoyo social recibido. En el caso que la persona institucionalizada continúe teniendo contacto periódico con sus familiares, la composición de esta es substancialmente diferente a la de la persona mayor de la población general. El proceso de envejecimiento prematuro de la persona con discapacidad psíquica hace que coincida en el tiempo con el proceso de envejecimiento de sus padres o hermanos mayores y en algunos casos puede incluso sobrevivir a sus cuidadores familiares. Este paralelismo en el proceso de envejecimiento puede conllevar una disminución de los contactos familiares, recorte de las estancias en casa durante los períodos vacacionales así como disminución de sus posibilidades económicas por la jubilación, enfermedad o muerte de uno de los padres o hermanos. Todo ello redundará en una disminución del apoyo social de la persona con discapacidad psíquica tanto a nivel emocional como instrumental. Así pues, la evaluación del apoyo social en personas con discapacidad psíquica cobra vital importancia.

No se ha encontrado en la bibliografía consultada instrumentos específicos para la evaluación del nivel de apoyo social recibido en estas personas. Pensamos que la adaptación de instrumentos de evaluación para la población general –por ejemplo, el Perfil de Análisis de Redes, de Cohen y Sokolowsky (1979) pensado para describir la naturaleza de las redes sociales mantenidas por ancianos residentes en instituciones– podría ser un recurso válido para obtener este tipo de información a partir de entrevistas estructuradas con los profesionales del centro.

Funcionamiento afectivo

Las manifestaciones depresivas son el principal problema emocional entre las personas mayores. La causa de su elevada incidencia (entorno a un 20% del total) se atribuye a aspectos biológicos -debido a

cambios bioquímicos y fisiológicos-, sociales -cambios en el rol social, contacto social...- y psicológicos -por la manera en que la persona se adapta al incremento de pérdidas que supone el proceso de envejecimiento-. Sin embargo, existe todavía una falta de acuerdo en la bibliografía sobre qué constituye la depresión debido al mayor o menor énfasis que se da a una u otra de las causas anteriores y por consiguiente, ello ocasiona dificultades en su diagnóstico e intervención. A esta ambigüedad del término, ha de añadirse la dificultad en diferenciar la depresión de otros cuadros con manifestaciones similares como por ejemplo la demencia o los efectos secundarios de algunos fármacos¹¹.

En el caso de las personas mayores con discapacidad psíquica, la evaluación del funcionamiento afectivo cobra vital importancia por el enmascaramiento que con frecuencia soporta debido al propio retraso mental. Es lo que recibe el nombre de "eclipse diagnóstico" o lo que es lo mismo, la explicación de cualquier alteración en la conducta emocional a causa de la presencia del retraso mental¹⁷. Por tanto, conseguir un diagnóstico preciso de depresión es uno de los objetivos prioritarios de la investigación clínica sobre discapacidad psíquica. Por otro lado, la incidencia mayor de casos de demencia en las personas con síndrome de Down, cuadro que presenta una sintomatología inicial muy parecida a la depresión, ocasiona una mayor necesidad de poder diferenciar los dos cuadros. Algunos autores han utilizado la observación longitudinal del curso de los síntomas como criterio diferencial ya que mientras la depresión tiende a mostrar altibajos en el estado de ánimo y es reversible mediante farmacología, en la demencia Alzheimer los síntomas son progresivos y el deterioro es irreversible¹⁸. Pero, al igual que en la población general, hay investigaciones que apuntan una asociación entre depresión y demencia Alzheimer en un estadio inicial de la demencia^{19,20}.

Respecto al diagnóstico de depresión en personas con discapacidad psíquica, existe una propuesta de adaptación de los criterios para la población general del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión III-R²¹ y que queda recogida en la Tabla 2²².

Por último, nos gustaría señalar una consideración a nivel de intervención psicológica en el cuadro de depresión, dada la tendencia bastante generalizada a suministrar tratamientos psicofarmacológicos.

Conde considera que el hecho que una persona desarrolle un envejecimiento psicológico sano depende fundamentalmente de la actitud que tenga delante del hecho de envejecer. El autor hace referencia a

dos procesos indispensables para conseguir este envejecimiento psicológico sano y que están en relación con la personalidad del sujeto: a) la subjetivación, que sería el trabajo personal que cada persona ha de realizar en la adaptación de su identidad, es decir, el proceso de elaboración de los cambios mediante su interiorización y b) la vinculación, o capacidad para mantenerse vinculado a objetos externos tales como actividades, relaciones sociales que evitan el hecho de estar centrado excesivamente en uno mismo. Por tanto, según el autor, la intervención sobre estos dos procesos actuará como prevención de un posible cuadro depresivo ligado al proceso de envejecimiento²³.

Creemos que intervenciones de este tipo son absolutamente necesarias en la población que nos ocupa, sobretudo en aquella que presenta niveles de retraso medio o ligero. Con frecuencia, se subestima su necesidad y capacidad para recibir información sobre el porqué de los cambios que ocurren en su actividad laboral –aunque no podemos hablar de jubilación, sí pueden vivir negativamente cambios de puesto o sección de trabajo– o en su entorno familiar –desinformación por ejemplo, sobre la enfermedad terminal de un padre o hermano, con lo cual se dificulta el poder preparar un proceso de duelo–. Una intervención psicológica que ayudase a interiorizar en la medida de lo posible estos cambios ayudaría a prevenir posibles desajustes en el estado de ánimo.

Diagnóstico de depresión en personas con Síndrome de Down

- Manifestación de un cambio de humor caracterizado por tristeza, retraimiento o agitación.
 - Cuatro de las características siguientes como mínimo:
 - cambios en el patrón de sueño.
 - cambios en el apetito o en el peso.
 - aparición o empeoramiento de un comportamiento autodestructivo.
 - apatía.
 - retraso psicomotor.
 - mayor dependencia en las actividades de la vida diaria.
 - miedos.
 - historia familiar que explique un trastorno afectivo.
 - aumento injustificado de hostilidad e incremento de la irritabilidad.
-

*Tabla 2.
Diagnóstico de Depresión en personas con síndrome de Down: adaptación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Lund, 1988)*

Área de la salud

En esta área, Montorio trata el concepto de salud no desde un punto de vista biomédico sino funcional entendido como la capacidad del sujeto para funcionar de forma independiente en su propia vida. Por tanto, diferencia la enfermedad orgánica del impacto que pueda tener en su capacidad individual de funcionamiento en un contexto determinado. Así, distinguiremos entre salud física y su repercusión en la autonomía para realizar las actividades de la vida diaria que hemos comentado anteriormente¹¹.

Los profesionales de la salud presentan con frecuencia dificultades para poder diagnosticar a tiempo problemas orgánicos en las personas con discapacidad psíquica debido a la falta o incluso distorsión de las verbalizaciones de sus molestias y/o las dificultades en poder realizar determinadas pruebas por su aprensión hacia ellas. Por tanto, indicadores de evaluación de la salud física en población general como puede ser el número de enfermedades diagnosticadas, dolor físico, medidas de laboratorio o número de consultas médicas habrían de complementarse mediante entrevista estructurada a los profesionales que les atienden. En cuanto a su posible repercusión en el incremento de dependencia en las actividades de la vida diaria habría de diferenciarse el nivel de dependencia que se origina por un problema de salud de aquel que es propio del proceso de envejecimiento. También la propia autoevaluación de su salud física en los casos que sea posible puede ser un indicador de la forma en que se relacionan con su entorno y su nivel de bienestar psicológico¹¹.

En la revisión bibliográfica no aparece esta dimensión de evaluación de la salud salvo en su aspecto médico mediante entrevista estructurada a los profesionales y/o familiares.

Funcionamiento cognitivo

En la actualidad está plenamente aceptado que el proceso de envejecimiento cognitivo es marcadamente individual. Así, por ejemplo, para Fernández-Ballesteros la privación sensorial y social y los problemas de salud condicionan de forma determinante esta individualidad²⁴. Por otro lado, este proceso no compromete todas las funciones intelectuales estableciéndose las áreas que discriminan el proceso de envejecimiento sano y patológico: a) La memoria, b) el lenguaje, c) las habilidades visoespaciales y d) las praxias²⁵. Las pruebas de evaluación acostumbran a ser multidimensionales agrupando estas áreas.

En el marco de la población con discapacidad psíquica, al igual que en el área del funcionamiento en la vida cotidiana, será necesario establecer una línea base de funcionamiento cognitivo en cada persona a partir de la evaluación de los mismos parámetros que la población general. En la Tabla 3¹⁶ se recogen algunos de los tests más utilizados tanto para evaluar el nivel cognitivo general como aspectos más concretos. Aunque tanto se han usado tests standard de la población general como adaptaciones, actualmente se observa una tendencia a utilizar instrumentos específicos para evitar sesgos importantes. Ejemplos de ellos pueden ser el Down Syndrome Mental Status Examination (DSMSE) (Haxby, 1989) y el Das-Naglieri Cognitive Assessment System (CAS) de Das *et al.*, (1995).

En nuestro país una de las aportaciones más recientes para evaluar el nivel cognitivo en personas con discapacidad psíquica es el test d'Aptituds Cognitives per a Deficiència del 65% (TACD-65) (Castelló, Carrillo y Barnosell, 1996). El instrumento consta de veinte ítems de muy fácil aplicación que están agrupados en cuatro áreas de evaluación: a) procesamiento, b) percepción, c) memoria y lenguaje y d) respuesta. El hecho que la respuesta sea no verbal y su material muy visual y manipulativo consigue que pueda aplicarse incluso en niveles de retraso severo.

Por último tanto para la evaluación del nivel cognitivo como funcional, destacamos dos instrumentos por su alto nivel de especificidad en cuanto a su objetivo: la evaluación de un posible envejecimiento psicológico a nivel patológico debido a la presencia de una demencia Alzheimer: a) el test Dementia Scale for Down Syndrome (DSDS) (Gedye, 1995) y b) el test Dementia Mental Retard (DMR) (Evenhuis, Kengen y Eurling, 1990). Ambos recogen la información a través de una entrevista estructurada a los profesionales que debe aplicarse longitudinalmente con el fin de registrar un posible deterioro.

La elaboración de estos instrumentos responde al creciente interés de la comunidad investigadora por el diagnóstico clínico de la demencia Alzheimer debido a la detección de un nivel de incidencia mayor en las personas con síndrome de Down respecto a la población con discapacidad psíquica y la población general.

Conclusiones

A modo de resumen se recogen las siguientes ideas clave:

- a) Establecer los parámetros funcionales del proceso de envejecimiento psicológico es uno de

Test	Estudios
Inteligencia general	
- Stanford Binet Intelligence ScaleIV (Thorndike, Hagen i Sattler, 1986)	Fenner,Hewitt i Torpy (1987); Haxby (1989); Haxby i Schapiro (1992); Brugge <i>et al.</i> (1994); Burt <i>et al.</i> (1995);
- Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-R) (Wechsler, 1981)	Brugge <i>et al.</i> (1994); Schapiro <i>et al.</i> (1987)
- Leiter International Performance Scale (Leiter, 1974)	Evenhuis (1990); Burt, Loveland i Lewis (1992).
- Slosson Intelligence Test (Slosson 84)	Young i Kramer (1991)
- Wechsler Intelligence Scale (WISC-R)	Gibson <i>et al.</i> (1988); Schapiro <i>et al.</i> (1988)
Lenguaje	
- Peabody Picture Vocabulary Test-revised (Dunn i Dunn,1981)	Blackwood i Clair, 1988; Gibson <i>et al.</i> 1988; Schapiro <i>et al.</i> 1988; Haxby,1989; Burt <i>et al.</i> 1995; Das <i>et al.</i> 1995; Evenhuis, 1990.
- Boston Naming Test (Goodglass i Kaplan, 1972)	Caltagirone, Nocentini i Vicari, 1990; Brugge <i>et al.</i> 1994; Hon <i>et al.</i> 1998.
- Sequenced Inventory of Communication Development (Hedrick, Prather i Tobin, 1984)	Young i Kramer, 1991.
Memoria	
- The Buschke Memory test (adaptación de Hill <i>et al.</i> 1988)	Caltagirone,Nocentini y Vicari (1990) Devenny <i>et al.</i> (1992), Burt <i>et al.</i> (1995)
- Rivermead Behavioural Memory Test (versión infantil) (Wilson <i>et al.</i> 1993)	Hon <i>et al.</i> (1998)
- California Verbal Learning Test-Children (Delis <i>et al.</i> 1987)	Brugge <i>et al.</i> (1994)
Orientación espacial	
- Table Top Spatial Location test (Dalton, 1992)	

Tabla 3.
Tests utilizados en la evaluación de la función cognitiva en las personas con síndrome de Down (Ribes, 1999)

los objetivos primordiales de la investigación psicogerontológica en población con discapacidad psíquica.

- b) Las cinco áreas de evaluación psicológica en personas mayores aportadas por Montorio (1994) -área social, de la salud, cognitiva, afectiva y de la vida diaria- son totalmente aplicables a la población de estudio teniendo en cuenta una serie de consideraciones diferenciales debido fundamentalmente al aumento de las variables personales y ambientales intervinientes en el proceso de envejecimiento.
- c) La bibliografía revisada evalúa básicamente las áreas de función cognitiva, de la vida cotidiana y afectiva. El estudio se centra mayoritariamente en población con síndrome de Down debido al interés científico por la diferenciación entre un envejecimiento sano y uno de patológico a causa de la mayor incidencia de la demencia Alzheimer.

d) En las tres áreas anteriores es necesario la utilización de pruebas específicas a nivel longitudinal para evitar sesgos en los resultados. Por tanto, la investigación debería dirigirse a la validación de estas pruebas en nuestro país.

e) En las áreas de salud y social es necesario la elaboración de entrevistas estructuradas - a partir de la adaptación de las ya existentes para población general- y de aplicación tanto al propio sujeto como a los familiares y profesionales.

Bibliografía

1. Vega JL, Bueno B. *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Síntesis Psicología. Madrid 1996.
2. González C. *El envejecimiento de los deficientes mentales en un Centro de Ayuda por el Trabajo (CAT)*:

- realización de un estudio longitudinal. Loire: CAT "A.R.T.A.", Francia (comunicación) 1991.
3. Kapell D, Nightingale B, Rodriguez A, Lee J, Zigman W, Jenkins E, Schupf N. (comunicación). *Prevalence of chronic medical conditions in adults with mental retardation with and without Down syndrome: comparison with the general population*. New York State Institute for Basic Research in Developmental Disabilities, Staten Island, N.Y.
 4. Janicki M. Aging and persons with mental handicap and developmental disabilities. *Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap* 1998;12(2): 9-13.
 5. Flórez J. El envejecimiento de las personas con Síndrome de Down: ¿Alzheimer, sí o no? *Rev. Síndrome de Down* 1993;52-62.
 6. Chicoine B, Mcguire D, Rubin S. (en prensa). Approaches from a Clinic Care Perspective. En M. Janicki, A. Dalton (edit). *Mental Retardation, Aging and Dementia: Applied Perspectives*.
 7. Collacott R. Epilepsy, dementia and adaptive behaviour in Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research* 1993;37:153-60.
 8. Prasher VP, Krishnan VHR. Age of onset and duration of dementia in people with Down Syndrome: integration of 98 reported cases in the literature. *Int Geriatr Psychiatr* 1993;8:915-22.
 9. Verdugo MA. Envejecimiento en los retrasados mentales. En la publicación del congreso de Feclaps. *El futuro de los deficientes mentales que envejecen*. Palencia: Fundación Centro San Cebrián 1990;35-41.
 10. Fernández-Ballesteros R. *Psicodiagnóstico. Concepto y Metodología*. Madrid: Cincel 1980.
 11. Montorio I. *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: Inersa 1994.
 12. Moss S. Age and functional abilities of people with a mental handicap: evidence from the Wessex Mental Handicap register. *Mental Deficiency Research* 1991: 35:430-45.
 13. Collacott R. The effect of age and residential placement on adaptive behavior of adults with Down's Syndrome. *Briti Psychiatr* 1992;165:675-9.
 14. Silverstein A, Herbs D, Miller T, Nasuta R, Williams D, White J. Effects of age on the adaptive behavior of institutionalized and noninstitutionalized individuals with Down syndrome. *Am Mental Retardation* 1998; 92(5):455-60.
 15. Crayton L, Oliver C. Assesment of cognitive functioning in persons with Down syndrome who develop Alzheimer disease. En J. Berg, H. Karlinsky, A. Holland, *Alzheimer disease, Down syndrome and their relationship*. New York: Oxford 1993;135-53.
 16. Ribes R. El proceso de envejecimiento en la persona con síndrome de Down: indicadores del proceso de deterioro cognitivo y funcional relacionado con la demencia Alzheimer. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Lleida 1999.
 17. Lojo A. Aspectos médicos del envejecimiento de las personas con retraso mental. En la publicación del congreso de Feclaps, *El futuro de los deficientes mentales que envejecen*. Palencia: Fundación Centro San Cebrián 1990;63-71.
 18. Mcguire D, Chicoine B. Depressive disorders in adults with Down Syndrome. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter* 1996;15(1),1-7.
 19. Burt D, Loveland K, Lewis K. Depression and the Onset of Dementia in Adults with Mental Retardation. *Am Mental Retardation* 1992;96(5),502-11.
 20. Roeden JM, Zitman FG. Ageing in adults with Down's syndrome in institutionally based and community-based residences. *Inellectual Disability Research* 1995; 39(5),399-407.
 21. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-III-R*. (3ª ed. rev.). Barcelona: Masson. (el original en inglés es de 1987) 1998.
 22. Lund J. Psychiatric aspects of Down Syndrome. *Acta Psychiatric. Scandinavic* 1988;78:369-74.
 23. Conde JL. Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. *Anuario de Psicología* 1997;73:71-87.
 24. Fernández-Ballesteros R. *Introducción a la evaluación psicológica II*. Madrid: Pirámide 1996.
 25. Boada M. Definición, clínica y diagnóstico del deterioro cerebral senil y demencia. *Medicine* 1994;6:14-25.