

A XERONTOLOXÍA, O ENVELLECIMENTO E A DISCAPACIDADE INTELECTUAL

Luís Meleiro Rodríguez, Jorge Quintana Mirón, Marta Vila Taboada, Pilar Marante Moar, Susana Lodeiro Fernández, Sonia Seijas Ramos & José Carlos Millán Calenti*

RESUMO

Debido ao progresivo avellentamento da sociedade galega, cómpre reconsiderar os distintos termos e conceptos ao uso, así como establecer un marco axeitado de intervención en que se teñan en conta os principios da xerontoloxía moderna, i.e. valoración integral, intervención axeitada e personalizada, así como coordinación dos recursos. Neste sentido e de acordo co incremento da lonxevidade das persoas con discapacidade intelectual, cómpre ter en conta as súas propias características xa que aínda tendo as mesmas necesidades ca outros colectivos, o seu envellecemento morfo-funcional amósase de xeito prematuro.

Xerontoloxía e xeriatría: bases conceptuais

A *Xerontoloxía* é a ciencia que estudia o proceso de envellecemento en todos os seus aspectos (biolóxicos, psicolóxicos e sociais) tendo en conta a súa evolución histórica e os factores relacionados coa saúde das persoas anciás. Divídese en varias disciplinas como son a *xerontoloxía experimental*, *xerontoloxía clínica* e a *xerontoloxía social* (Guillén, 2001). Cómpre distinguila da *Xeriatría*, que é o eido da medicina que estudia os problemas propios da senectude e do envellecemento, incluíndo os problemas clínicos.

* Os autores forman parte do Grupo de Investigación en Xerontoloxía da Facultade de Ciencias da Saúde da Universidade da Coruña, Edificio Universitario de Oza, Oza s/n, 15006, A Coruña, dirixido polo Catedrático de Xerontoloxía Clínica e Social, Profesor Millán Calenti (E-mail: jcmillan@udc.es)

Os *obxectivos xerais* da xerontoloxía son o estudo do envellecemento e dos factores que o influencian, así como a mellora da calidade de vida das persoas maiores. Como *obxectivos específicos* poderíamos salienta o desenvolvemento dun sistema de atención integral ás persoas anciás, a potenciación dos recursos de axuda na casa, así como a mellora da formación dos profesionais e o fomento da investigación.

O proceso de envellecemento

O envellecemento é un conxunto de cambios *progresivos* xerados polo paso do tempo e que non son causados nin por *enfermidade* nin por *accidente*. Eses procesos afectan á estrutura de calquera organismo, aumentando a probabilidade de pasamento. O envellecemento é intrínseco, progresivo, asincrónico e universal. Está condicionado por factores raciais, de herdanza, ambientais, hixiénico-dietéticos e sanitarios (López Nova, 2001).

Tres tipos de factores interrelacionados inciden na xénese dos cambios que ocorren durante o proceso de envellecemento. O primeiro é consecuencia dos propios cambios fisiolóxicos. O segundo vén condicionado polas distintas enfermidades e intervencións cirúrxicas que sufrise o suxeito ao longo da súa vida. O terceiro deriva dos factores ambientais que, en moitos casos, constitúen por si mesmos “factores de risco” relacionados con distintas enfermidades. Deste xeito, pódese falar dun envellecemento *primario* ou *fisiolóxico* cando se cumpren os parámetros biolóxicos aceptados para os distintos intervalos de idade e se mantén a capacidade de relación co medio social. Con todo, fálase de envellecemento *secundario* ou *patolóxico* cando a incidencia de enfermidades altera os devanditos parámetros e dificulta ou mesmo impide as relacións sociais.

A vellez é a última etapa no desenvolvemento das persoas, tendo en conta que a vida é un *continuum* sen límites precisos. A *idade cronolóxica* é intuitivamente definida como o tempo que vai desde o nacemento ata o momento en que determine a idade dun individuo. Aínda así, defínese unha *idade funcional* medida en función doutras variables ou procesos. A idade funcional é subxectiva e está determinada pola idades biolóxica, psicolóxica e social. Dous individuos de igual idade cronolóxica poden amosar diferenzas significativas na súa idade funcional. Así mesmo, a *idade biolóxica* é variable non só nun mesmo individuo, xa que cada órgano avellenta a distinto ritmo, senón tamén respecto aos demais individuos, porque obviamente non todos envellecemos igualmente. Por outra banda, a *idade psicolóxica* fai referencia á capacidade adaptativa do individuo conforme mudan as esixencias ambientais en comparación co resto dos individuos da súa mesma idade cronolóxica ou de distintas idades. Finalmente, pódese falar dunha *idade social* que se define tendo en conta o conxunto de status e papeis que asumiu o individuo ao longo da súa vida. A idade social dunha persoa está asociada á súa posición no curso vital, ex. traballador, xubilado, solteiro, casado, viúvo...

O envellecemento implica unha diminución da capacidade de adaptación e de reserva funcional dos sistemas orgánicos, así como da capacidade de resposta

ás distintas situacións que inciden sobre o individuo. Isto tradúcese nunha maior vulnerabilidade fronte ás agresións do contorno e, polo tanto, nun aumento da probabilidade de enfermarse.

O proceso de enfermarse ten unhas características propias na vellez. As persoas anciás teñen maior probabilidade de padecer varias enfermidades simultaneamente. Isto dificulta o proceso de diagnóstico e facilita a aparición de alteracións iatroxénicas. Tamén son máis frecuentes as enfermidades crónicas e dexenerativas que producen incapacidade funcional e dependencia. Así mesmo, as persoas anciás poden sufrir enfermidades que se manifestan de xeito atípico ou inespecífico, podendo causar confusión entre o proceso fisiolóxico de avellentamento e un proceso patolóxico dado. O diagnóstico das enfermidades faise do mesmo xeito que en persoas novas, isto é, requirindo unha valoración integral do individuo, i.e. bioclínica, funcional e social. O prognóstico das enfermidades é xeralmente peor ca na mocidade e depende do estado previo do suxeito e da presenza de patoloxías xustapostas. Para o tratamento das enfermidades nas persoas anciás hanse de ter en conta factores como (1) a maior frecuencia de pluripatoloxía, (2) o estado psicoafectivo, (3) a incapacidade) e (4) a problemática sociolaboral que puideren presentar. Estes aspectos sociais son de especial importancia na evolución do doente, xa que a xubilación marca o inicio da *vellez social*, unha etapa en que o concepto de “vello” está asociado en xeral ao de “incapacitado”.

Da discapacidade á independencia

Doente ancián e doente xerontolóxico (tamén chamado xeriátrico ou ancián fráxil) non son termos equivalentes. Así, mentres que o primeiro alude ao doente de certa idade que sofre unha enfermidade de xeito casual, no segundo caso a idade non é o único nin o principal determinante que define esa situación. Isto débese a que o *doente xerontolóxico* vai presentar varias das seguintes características: afectación multisistémica, diminución da capacidade de resposta fronte a axentes externos, perda da autonomía, necesidade de supervisión e apoio, alteración cognitiva, problemática social e baixa calidade de vida.

Cando falamos de *dependencia*, estamos a referirnos a aquela persoa con necesidade de axuda para realizar o seu propio coidado (autocoidado). A *avaliación* ou *valoración funcional* é a valoración da capacidade para facer dun xeito autónomo as actividades da vida diaria (AVD) en relación co estado físico e coa posibilidade de vivir independentemente de acordo co contorno. Os obxectivos da avaliación integrados dentro da valoración xerontolóxica son: (1) mellorar a precisión diagnóstica, (2) coñecer o funcionamento físico (valoración clínica), mental (valoración cognitiva) e social (valoración social) do individuo, (3) situar ao doente no contexto médico-social máis axeitado tras a valoración da necesidade de servizos sociais e de saúde, (4) establecer o comezo e a fin dos procesos terapéuticos, (5) avaliar a necesidade de apoio ambiental, (6) medir a carga asistencial e, finalmente, (7) xustificar o posible ingreso nunha institución.

A Organización Mundial para a Saúde (OMS) define como *incapacidade funcional* calquera restrición ou perda da capacidade para realizar actividades do xeito ou rango considerado normal para o ser humano, sendo este o comezo do camiño que leva á *institucionalización*. Hai persoas maiores con deterioro físico que, cunha adaptación e axudas técnicas axeitadas, poden superar a súa incapacidade funcional e dependencia. Con todo, outras persoas anciás presentan deterioro cognoscitivo e, dadas as características deste proceso, han ser dependentes de por vida doutra persoa, o coidador (Millán, 2000).

A poboación galega incrementouse un 0,75% entre os anos 1996 e 2000, mentres que a poboación maior de 65 anos aumentou nun 8,58%, sendo Lugo e Ourense as provincias con maior envellecemento. As persoas anciás de máis de 85 anos representan o 11,54% das persoas maiores e o 2,23% da poboación total galega.

Segundo o *Plan de acción para las personas con discapacidad de 1997-2002*, o 10% da poboación española presenta discapacidade e desta porcentaxe o 35% son persoas de máis de 65 anos (en Galicia, 95.358 individuos)

O *Centro de Investigaciones Sociológicas* comunicou en 1995 que o 10% das persoas anciás entre 75 e 84 anos precisarían un coidador, incrementándose esta porcentaxe ata un 34% no caso dos maiores de 85 anos.

A *Enquisa sobre discapacidades, deficiencias e estado de saúde* do ano 2000 amosou que o 70% das persoas con discapacidade teñen dificultades para realizar as AVD, sendo esta porcentaxe do 32,4% en Galicia. A Táboa 1 amosa a prevalencia da incapacidade funcional nos galegos maiores de 65 anos.

Das persoas vellas que precisan coidados, o 10% están institucionalizadas e o 90% viven nas súas casas. Destes, o 80,8% son coidados polos seus parentes,

Táboa 1. PREVALENCIA DA INCAPACIDADE FUNCIONAL

	>65 anos	Deterioro cognoscitivo ⁽¹⁾	Alzheimer ⁽²⁾	Dependencia física ⁽³⁾
A Coruña	199.138	13.940	9.200	40.000
Lugo	94.512	6.616	4.366	18.000
Ourense	88.796	6.216	4.102	17.000
Pontevedra	144.101	10.087	6.657	28.000
Galicia	526.130	36.829	24.307	104.000

(1) 7% da poboación > 65 anos con demencia.

(2) 60-70% das demencias son Alzheimer.

(3) *Encuesta Nacional de Salud* de 1993: o 20% das persoas maiores de 65 anos son dependentes para, ao menos, unha das ABVD.

sendo o perfil de cuidador o dunha muller de idade media, ama de casa de nivel cultural baixo. A carga asistencial ten unha serie de repercusións sobre a saúde do cuidador tanto nos seus aspectos físicos como psíquicos e sociais. Así mesmo, pódese producir tamén tensión nas relacións familiares, sendo isto fonte de conflitos laborais (Millán, 1999).

Un 10% das persoas maiores de 65 anos vive só, medrando esta porcentaxe ata un 20% se estamos a falar de persoas anciás maiores de 75 anos. Isto amosa claramente a necesidade urxente de buscar alternativas de atención a este colectivo.

Posibilidades de intervención

Distínguense tres tipos de servizos sociais recibidos actualmente polas persoas anciás. O primeiro son os *servizos sociais propiamente ditos*, sen participación sanitaria e relacionados co eido da participación social, o ocio e o tempo libre. O segundo estaría incluído dentro dos *servizos sociosanitarios*, cun marcado carácter asistencial dirixido ás persoas maiores en situación de dependencia ou fragilidade, onde se mesturan os problemas sociais e mais os sanitarios. O terceiro son os problemas unicamente sanitarios (World Health Organization, 2000).

Unha vez establecida a necesidade de soporte, xa se pode realizar a intervención sobre o enfermo e/ou sobre o cuidador formal ou informal. O obxectivo ha ser sempre “avellentar na casa” (Táboa 2).

A *Asistencia Domiciliaria* é o conxunto de actividades con carácter asistencial, preventivo, terapéutico ou rehabilitador dispensadas no domicilio da persoa dependente e realizadas por profesionais. Estas actividades abranguen a asistencia sanitaria elemental e mais a asistencia social. En Galicia no ano 2000 houbo 6.983 usuarios cunha *ratio* pública de 1,33 usuarios para cada 100 persoas maiores de 65 anos. Para o ano 2006 agárdase que o nivel medre a 16.826 usuarios, i.e. *ratio* 3.2%

Táboa 2. RECURSOS XERONTOLÓXICOS

Recursos dirixidos ao cuidador (Información e Formación sobre:)	Recursos dirixidos ás persoas anciás
O enfermo e a enfermidade	a) <i>Sociais</i>
A organización do fogar	Centros socioculturais
As AVD, comunicación e supervisión	Vivendas comunitarias
O seu propio nivel de saúde	Apartamentos tutelados
As axudas existentes ^{b)}	<i>Xerontolóxicos</i>
Previsión de futuro	Axuda a domicilio formal (AGAD).
Implicación doutros no coidado	Estadías diúrnas
Permisos laborais para o cuidador	Estadías permanentes
Axudas económicas	
Axuda a domicilio	
Estadías temporais	

Os *Centros Xerontolóxicos de Estadías Diúrnas* ofertan programas específicos co obxectivo de cubrir as deficiencias do usuario. Diferéncianse dos centros sociais en que os últimos ofertan actividades de ocio e tempo libre. Os *Centros Xerontolóxicos de Estadías Diúrnas* están dotados de transporte adaptado e ofertan servizo de comedor, hixiene persoal, terapia ocupacional, fisioterapia e rehabilitación, así como actividades socioculturais, contando tamén coa participación das familias das persoas anciás. Galicia contaba no ano 2000 con 100 prazas (*ratio* 0,02%) e a expectativa é o aumento a 1.052 prazas (*ratio* 0,20%) para o ano 2006.

Os *Centros de Estadías Permanentes*, dotados de persoal debidamente cualificado deben realizar unha intervención integral sobre os seus usuarios. Diferéncianse dos *Centros Xerontolóxicos de Estadías Diúrnas* en que o réxime de estadía dos primeiros é continuo ao teren camas. Galicia contaba no ano 2000 con 3.491 prazas (*ratio* 0,66%) e a previsión para o ano 2006 é de 7.361 prazas (*ratio* 1,40%).

Os *Seguros de Dependencia Públicos* teñen certo uso noutros países, aínda que foron recentemente implantados en España. Poden ser seguros de pagamento por día de asistencia, seguros de gastos de asistencia permanente ou mesmo seguros de renda de asistencia permanente.

Táboa 3. VALORACIÓN XERIÁTRICA INTEGRAL
(Tomada de Amo Alfonso, M. & Rodríguez Domínguez. 2003)

Compoñentes da valoración xeriátrica integral.

Datos Biomédicos, reflectidos na historia clínica do doente:

- Antecedentes persoais e familiares
- Problemática actual
- Exploración clínica e probas complementarias
- Datos nutricionais
- Medicación cotiá
- Antecedentes e causas de caídas
- Funcións perceptivas (audición e visión)

Capacidade Funcional:

- Capacidade de realizar as actividades básicas da vida diaria (ABVD)
- Capacidade de realizar as actividades instrumentais da vida diaria (AIVD)

Capacidade mental:

- Función cognitiva
- Función afectiva

Valoración social:

- Individual e sociofamiliar
- Redes de apoio
- Recursos socioeconómicos, vivenda, acceso a servizos

Asistencia multidisciplinar ás persoas anciás

A *Valoración Xeriátrica Integral* (VXI) é o instrumento diagnóstico fundamental para aqueles doentes máis fráxiles ou de alto risco. A VXI avalía catro áreas básicas da persoa: clínica, mental (cognitiva e afectiva), funcional e social (Táboa 3; Bruckmuller, 1992). O seu obxectivo é a elaboración dun *plano de cuidados personalizado* para mellorar a saúde e a calidade de vida dos doentes anciás. A VXI é un *proceso dinámico*, realízase de xeito *multidimensional e interdisciplinario*, de avaliación continuada da consecución de obxectivos en cada doente, garantindo o seguimento e a continuidade dos cuidados. O uso da VXI mellora a precisión diagnóstica, a supervivencia, e o estado funcional. Así mesmo diminúe o consumo de fármacos, mellora os custos, evita altas precoces e garante a situación e derivacións axeitadas, mellorando a calidade de vida dos doentes, sobre todo, nos anciás de alto risco.

O avellentamento representa unha circunstancia *multifactorial* que esixe un enfoque *multiprofesional* por un equipo *interdisciplinar*: o equipo xerontolóxico. A formación deste equipo supón a participación harmónica, estruturada e interdependente das diferentes profesións implicadas e que comporta a existencia de obxectivos comúns e contactos continuos, ben informais, ben formais, mediante sesións de traballo común, planificadas e periódicas. O equipo debe elaborar un *plano específico por especialidades* e un *plano xeral de intervención* con obxectivos comúns que inclúa a *avaliación do usuario* en que cada profesional detectará os problemas que teña cada individuo. Así mesmo elaborará o *plano específico de intervención* e a avaliación dos resultados esperados e acadados; a *intervención sobre os familiares* con programas de educación sanitaria, a introdución da familia na dinámica do centro e a potenciación dos grupos de autoaxuda e, finalmente, a *intervención sobre os profesionais* para prever a fatiga laboral.

As persoas anciás con discapacidade intelectual

Ao longo de século XX aumentou a esperanza de vida en todo o mundo grazas ao progreso da ciencia médica e das condicións hixiénico-sanitarias. Isto, unido a unha menor taxa de natalidade, deu orixe ao incremento da proporción de persoas anciás nos países desenvolvidos. Obsérvase esta mesma tendencia na poboación con discapacidade intelectual (DI) (Maaskant, 1996). Por outra banda, estas persoas sofren unha aceleración do proceso fisiolóxico do avellentamento. Este *avellentamento prematuro* xustifica que diversos autores estableceran que o inicio deste proceso ocorre arredor dos 45 anos, e mesmo máis precocemente nas persoas coa Síndrome de Down (Bruckmuller, 1992; Maaskant, 1996; Janicki, 1994; Lott, 1982).

Un estudo feito nos EEUU precisa que unha cuarta parte da poboación rexistrada de persoas con DI está composta por persoas anciás de máis de 60 anos, das cales un 50% son persoas de entre 60 e 74 anos e un 32% están entre os 75 e 84 anos. Só un 18% superan os 85 (Janicki, 1994). Ao non haber unha análise máis

profunda, seguen a ser válidos os cálculos de tamaño de poboación de persoas anciás con discapacidade intelectual que sitúan este colectivo entre 0,5 e o 3% das persoas maiores da poboación xeral. Unha proxección razoable é a proposta por Janicki de *4 de cada 1000 anciáns* (Rose, 1996). Se a liña divisoria se sitúa nos 50 anos, a cifra anterior duplicaríase, e é congruente esperar que a porcentaxe se incremente a medida que envellezan as seguintes xeracións (Ramos Ibáñez, 2002). Un estudo realizado en Galicia no ano 2002 polo noso grupo de investigación (Millán Calenti, 2003) estableceu unha idade media de 52,6 anos (lixiramente superior nos varóns) sobre unha mostra de 189 persoas con DI maiores de 45 anos. O 71,4% da mostra tiña entre 45 e 54 anos, o 51,85% entre 50 e 65 anos e o 6,4% superaban os 65 anos.

As persoas con DI amosan unha taxa de mortalidade prematura máis elevada cá da poboación xeral e tamén maior frecuencia de enfermidades mal diagnosticadas, e mesmo non diagnosticadas e mal tratadas (Lennox, 2002). Beange atopara que o 95% dos suxeitos sufría algún tipo de enfermidade, cunha media de 5 problemas de saúde por persoa (mostra n = 202 individuos con DI da poboación local de Sidney; Beange, 1995) Un 45% destas persoas sufría enfermidades non diagnosticadas previamente. A metade dos doentes diagnosticados tiñan un tratamento incorrecto. Ademais, o 65% dos enfermos non amosaran síntomas ou problemas de saúde e o 24% dos cuidadores non se decatara das alteracións que estaba a sufrir este colectivo.

Membros do *Physical Health Special Interest Research Group* da Asociación Internacional para o Estudo Científico da Discapacidade Intelectual (IAS-SID) desenvolveron unhas guías de saúde para persoas con DI (Beange, 1999; Evenhuis, 2000) que foron presentadas á OMS para a súa ratificación. Estas directrices identifican as enfermidades máis prevalentes nesta poboación, que son doadamente diagnosticables e que teñen un tratamento accesible. Así mesmo, danse recomendacións para a súa prevención e tratamento (Táboa 4).

Os anciáns con DI teñen as mesmas necesidades que o resto dos maiores: recoñecemento da súa identidade persoal, liberdade de acción e de elección na medida das súas posibilidades, contactos sociais coa familia, os amigos e a comunidade, oportunidade para facer actividades, respecto pola súa vida privada e pola elección do seu contorno persoal. Unha alta porcentaxe das persoas con DI, do mesmo xeito que as persoas da poboación xeral, poden seguir desenvolvemento unha vida relativamente independente cando chegan a unha idade avanzada, sempre que gozaran dos estímulos necesarios ao longo das súas vidas

Esta poboación amosa un dobre risco de exclusión: pola súa idade e pola súa discapacidade. Existe, ademais, unha serie de barreiras para o coidado efectivo desta poboación: problemas socioeconómicos, de accesibilidade, de mobilidade, deterioro sensorial, problemas de comportamento e dificultade de comunicación; falta de coñecementos específicos e adestramento na saúde dos axentes implicados, actitudes e expectativas negativas, dificultade de acceso aos servizos especializados, falta de tempo para a atención por parte dos profesionais sanitarios e,

Táboa 4. DIRECTRICES SOBRE A SAÚDE DAS PERSOAS MAIORES
CON DISCAPACIDADE INTELECTUAL

- Valorar a *saúde bucodental* de xeito regular.
- Revisión periódica da *visión*.
- Valoración sistemática da *capacidade auditiva*, especialmente se hai dificultades de comunicación.
- Valoración reiterada do *estado nutricional* e tratamento de alteracións como o sobrepeso e a obesidade.
- Previr e tratar o *estrinximento crónico*.
- Diagnosticar e tratar a *Enfermidade por Refluxo Gastroesofáxico* e a infección por *H. pylori*.
- Revisión regular do *tratamento anticomercial*.
- Detección activa das *enfermidades tiroideas*.
- Diagnóstico e tratamento da *Osteoporose* e a súa prevención, se for posible.
- Diagnóstico e tratamento das *enfermidades psiquiátricas*.
- Revisión periódica dos *tratamentos instaurados*.
- Garantir un *estado de vacinación* correcto. Vacinar a cuidadores e suxeitos contra a Hepatite B en institucións pechadas.
- Garantir a posibilidade de *facer exercicio físico*, realizando exercicio moderado polo menos 30 minutos por día.
- Pautar *mamografías* e *Papanicolau* coa mesma frecuencia que na poboación xeral.
- Instaurar unha *valoración física integral* e revisións médicas sistemáticas.
- Remitir a un *xenetista* a todo paciente sen un diagnóstico etiolóxico definitivo.

finalmente, a falta de recursos (Hogg, 2000). Polo tanto, cómpre realizar un esforzo para mellorar a calidade da atención ás persoas con DI, mellorando os recursos, os equipamentos e o nivel formativo dos profesionais implicados, co gallo dunha maior especialización e multidisciplinaridade.

Bibliografía

- AMO ALFONSO M & RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ S. Valoración geriátrica integral. FMC. 10, supl 4 (2003), 59-71.
- BEANGE H, LENNOX N & PARMENTER T. Targets for people with intellectual disability. Journal of Intellectual and Developmental Disability. 24, (1999), 283-297.
- BEANGE H, MCELDUFF A & BAKER W. Medical disorders of adults with mental retardation: A population study. American Journal of Mental Retardation. 99, (1995), 595-604.
- BRUCKMULLER M. Envejecimiento y deficiencia mental. Siglo Cero. 140, (1992), 48-50.

- EVENHUIS H, HENDERSON CM, BEANGE H, LENNOX N, CHICOINE B & GRUPO DE TRABAJO. Envejecimiento saludable. Adultos con discapacidades intelectuales: Aspectos de salud física. Ginebra, Suiza. 2000. OMS (WHO/MSD/HPS/MDP/00.5).
- GUILLÉN LLERA F. Geriatría: Definiciones y conceptos. En: Macías Núñez JF, editor. Geriatría desde el principio. Barcelona, Editorial Glosa, 2001.
- HOGG J, LUCCHINO R, WANG K, JANICKI MP & GRUPO D ETRABALLO. Envejecimiento saludable. Adultos con discapacidades intelectuales: Envejecimiento y Política social. Ginebra, Suiza. 2000. OMS (WHO/MSD/HPS/MDP/00.7).
- JANICKI MP & DEB S. Ageing: our continuing challenge. *Journal of Disability Research*. 38, (1994), 229-32.
- JANICKI MP. Perspectiva general del envejecimiento y la deficiencia mental. En: Deficiencia Mental y envejecimiento. Documentos 17/94, 2ª Ed. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid. 1994.
- LENNOX NG. Health promotion and disease prevention. En: Prasher VP & Janicki MP (eds.). *Physical Health of adults with intellectual disabilities*. Oxford, Blackwell Publishing, 2002.
- LÓPEZ NOVOA JM, PAZ BOUZA JI, GONZÁLEZ SARMIENTO R & MACÍAS NÚÑEZ JF. Biología del envejecimiento. En: Macías Núñez JF, editor. Geriatría desde el principio. Barcelona, Editorial Glosa, 2001.
- LOTT IT & LAI F. Dementia in Downs's syndrome: Observations from a neurology clinic. *Applied Research in Mental Retardation*. 3, (1982), 233-239.
- MAASKANT MA, VAN DEN AKKER M, KESSELS AGH, HAVEMAN MJ, VAN SCHORJENSTEIN LANTMAN-DE VALK HMJ & URLINGS HFJ. Care dependence and activities of daily living in relation to ageing: results of longitudinal study. *Journal of Intellectual Disability Research*. 40, 6 (1996), 535-43.
- MILLÁN CALENTI JC &. Helping the family carers of Alzheimer's disease: from theory...to practice. A preliminary study. *Archivos de Gerontología y Geriatría*. 30, (2000), 131-138.
- MILLÁN CALENTI JC & COLS. Supervisión nocturna, diurna y comunicación. Tres nuevos items para valorar la carga asistencial del paciente con deterioro cognitivo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 10, 1 (2000), 20-25.
- MILLÁN CALENTI JC. Coste asistencial del paciente con deterioro cognitivo: Paciente institucionalizado versus paciente en domicilio. *Geriatría*. 15, 6 (1999), 20-25.
- MILLÁN-CALENTI JC, MELEIRO L, QUINTANA J, LÓPEZ-REY MJ, VÁZQUEZ DE LA PARRA P & LÓPEZ-SANDE A. Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un nuevo reto para el siglo XXI. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 38, 5 (2003), 266-274.
- RAMOS IBÁÑEZ, F. Envejecimiento con retraso mental. Sociodemografía, desafíos, propuestas. En: Rosa Pérez Gil, editor. *Hacia una cálida vejez. Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental*. Colección FEAPS. Madrid, 2002.

REUSS FERNÁNDEZ JM & MAÑAS MARTÍNEZ M^aC. Los servicios sociales. Cuidados en la comunidad y en el domicilio. El anciano institucionalizado. En: Macías Núñez JF (ed.) Geriátría desde el principio. Barcelona, Editorial Glosa, 2001.

ROSE T & JANICKI MP. Older mentally retarded adults: A forgotten population. *Aging Network News*. 3, 5 (1986), 17-19.

WORLD HEALTH ORGANIZATION Healthy ageing-adults with intellectual disabilities: summative report. Genova (Switzerland), World Health Organization, 2000. (WHO/MSD/HPS/MDP/00.3).