

Nivel socio-sanitario de las personas adultas con discapacidad intelectual de Salamanca

Social-health level of adults with mental handicaps in the city and province of Salamanca (spain)

¹ Profesor Titular y Profesora Ayudante Doctor del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

² Médico de Familia. Doctorando del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

³ Farmacéutica. Doctoranda del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

Mirón Canelo J. A.¹

Alonso Sardón M.¹

Serrano López de las Hazas A.²

De Godos Álvarez N.³

RESUMEN

Introducción: El objetivo del estudio es valorar el nivel sociosanitario de las personas adultas con discapacidad intelectual de Salamanca y provincia.

Material y Método: Se realiza un estudio transversal a través de un cuestionario de 65 preguntas sobre variables sociodemográficas, estilos de vida, morbilidad aguda y crónica y calidad de vida relacionada con la Salud. Se realizan un total de 265 encuestas por entrevista personal a las personas con discapacidad y sus familias.

Resultados: El total de personas estudiadas fue de 265, 185 hombres (69,8%) y 80 mujeres (30,2%) con una edad media de 35 años. El 84% (IC95%, 84±4) de los padres y el 88% (IC95%, 88±4) de las madres no tienen estudios o estudios primarios y sólo el 8% (IC95%, 8±3) y el 4% (IC95%, 4±2) tienen estudios universitarios. El 41,5% (IC95%, 41,5±6) de los discapacitados intelectuales refieren que su salud percibida es buena y el 26% (IC95%, 26±5) muy buena. El 59,6% (158) padece enfermedad y el 45,7% (121) recibe tratamiento habitual. Las enfermedades más frecuentes asociadas son: enfermedades articulares, enfermedad del sistema nervioso central e hipertensión arterial.

Respecto a la utilización de servicios sanitarios, existe una demanda alta de consulta médica y una muy baja de consulta al dentista.

Conclusión: El nivel socioeconómico de los discapacitados y sus familias es bajo o muy bajo. Se evidencia la existencia de morbilidad asociada a discapacidad intelectual con una alta prevalencia de enfermedades osteomusculares y neurológicas.

La demanda de consulta médica es alta y la consulta al dentista es baja; ambas se asocian estadísticamente al bajo nivel socioeconómico de las familias del discapacitado.

Palabras clave: Morbilidad sentida, nivel social, encuesta por entrevista, discapacidad intelectual.

Mirón Canelo J A, Alonso Sardón M, Serrano López de las Hazas A, De Godos Álvarez N

Nivel socio-sanitario de las personas adultas con discapacidad intelectual de Salamanca

Mapfre Medicina, 2005; 16: 122-129

ABSTRACT

Introduction: The aim of the present study was to assess the social-health status of adults with mental handicaps in the city and province of Salamanca (Spain).

Material and Methods: A transverse study was made using a questionnaire containing 65 items concerning socio-demographic variables, life-styles, acute and chronic morbidity, and quality of life as related to health. A total of 265 questionnaires were collected from personal interviews with people with mental handicap and their families.

Results: The total number of subjects studied was 265, 185 men (69.8%) and 80 women (30.2%) with a mean age of 35 years. 84% (IC95%, 84±4) of the fathers and 88% (IC95% 88±4) of the mothers had no studies in primary education and only 8% (IC95% 8±3) and 4% (IC95% 4±2) had university level studies. 41.5% (IC95% 41.5±6) of the subjects with mental handicap reported their health to be good and 26% (IC95% 26±5) reported having very good health. 59.6% (158) had illness and 45.7% (121) received treatment on a routine basis. The most frequent associated illnesses were: joint disease, CNS disease and arterial hypertension.

Regarding the use of the health services, there was a high demand for medical consultations and a very low demand for dentistry.

Conclusion: The socio-economic level of the subjects and their families is low or very low. The mental handicap of the subjects is associated with morbidity, with a high prevalence of osteomuscular and neurological disease.

The demand for medical attention is high but there is little demand for dental services; statistically, both are associated with the low socio-economic levels of the families of the handicapped subjects.

Key words: Self-perceived morbidity, social level, survey by interview, intellectual disability.

Mirón Canelo J A, Alonso Sardón M, Serrano López de las Hazas A, De Godos Álvarez N

Social-health level of adults with mental handicaps in the city and province of Salamanca (spain)

Mapfre Medicina, 2005; 16: 122-129

Correspondencia:

J. A. Mirón

Departamento de Medicina Preventiva

y Salud Pública

Facultad de Medicina

Universidad de Salamanca

Fecha de recepción: 25 de noviembre de 2004

INTRODUCCIÓN

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

El conocimiento del nivel social y sanitario de una población o grupo poblacional constituye un elemento fundamental para establecer los programas sanitarios prioritarios de intervención y para la distribución de los recursos que posibilitan la mejora de la Salud. Por estos motivos, existe la necesidad de información sanitaria para la toma de decisiones. En nuestro país, se dispone de información periódica sobre la situación sanitaria de la población general a través de la Encuesta Nacional de Salud que realiza el Ministerio de Sanidad y Consumo y otros registros y fuentes de datos (1,2). Disponemos de abundante información sobre las causas de muerte y sobre la morbilidad de la población general, en cambio, apenas empezamos a preguntarnos cuál es el nivel de salud y sus determinantes de determinados grupos poblacionales, entre éstos se encuentran las personas con discapacidad y sus familias (3).

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

Las personas adultas con discapacidad intelectual que presentan enfermedades y, como consecuencia, limitaciones físicas, tienen mucho más limitadas las oportunidades de participar en una vida normalizada (3). El conocimiento de los problemas de salud asociados a discapacidad intelectual es importante y necesario para establecer programas de salud que posibiliten a este grupo poblacional el acceso al sistema sanita-

rio y, como consecuencia de la efectividad del mismo, las personas con discapacidad puedan tener mayores posibilidades y oportunidades en su vida diaria. Muchas de las personas con discapacidad intelectual que tienen enfermedad y, por tanto, necesidad de cuidados, funcionan correctamente cuando se responde adecuadamente y de manera efectiva a sus necesidades.

En la actualidad existen pocos estudios epidemiológicos que traten de conocer los problemas de salud de las personas con discapacidad intelectual (4, 5, 6) y, cabe resaltar, que la oportunidad de realizar estos estudios en este grupo poblacional no es una cuestión de oportunidad o solidaridad, sino de Derecho (art 9, 43 y 49 de la Constitución Española), dada la magnitud y la prevalencia de la discapacidad en nuestro país (7).

El **objetivo** de este trabajo ha sido valorar el nivel de salud percibida y el nivel socioeconómico de las personas adultas con discapacidad intelectual de Salamanca.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un *estudio descriptivo transversal de base poblacional* de los discapacitados psíquicos adultos de Salamanca (8-10). Para la recogida de datos primarios se utiliza un *cuestionario estructurado*, cumplimentado mediante una *Encuesta por Entrevista Familiar* en el propio domicilio del discapacitado y que puede solicitarse a los autores (miroxx@usal.es). Es decir, la entrevista se realiza a los discapacitados en presencia de sus padres y/o familiares. La *entrevista personal* es una técnica de investigación social para obtener la información deseada, de un sujeto determinado de antemano, por medio de una conversación directa en base a un *cuestionario estructurado*, es decir, a cada entrevistado se le realizan las mismas preguntas, de la misma forma y en la misma secuencia (10-13).

El instrumento de medida ha sido un *cuestionario* compuesto por 65 ítems, estructurado en 4 bloques de información (*datos sociodemográficos — 13 ítems—, estilos de vida —9 ítems—, utilización de servicios sanitarios y estado de salud —8 ítems— y calidad de vida relacionada con la salud y necesidades de apoyo familiar y social —35 ítems—*), cuya redacción se basó en una revisión bibliográfica y en la experiencia que posee el personal docente e investigador del Departamen-

mento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Salamanca en investigaciones con fines similares al que nos ocupa (9,13-15).

Entre los ítems sociodemográficos, se encuentran los referentes a la valoración del nivel de estudios, la situación laboral y el nivel de ingresos, que son los indicadores más utilizados para determinar la posición social de las personas en la estructura social (clase social) (16,17). Existen suficientes evidencias para poder afirmar que la clase social es uno de los principales determinantes en el nivel de la salud de las personas (15,16).

La mayoría de las preguntas se presentan de *forma cerrada* (son aquellas en que se especifica de antemano las posibles respuestas), de respuesta de elección única o múltiple, de manera que los alumnos sólo han de contestar la opción elegida. El *período de retrospección* utilizado para cada variable está condicionado por la necesidad de obtención de información suficiente del hecho estudiado (que va a depender de la frecuencia o probabilidad de su ocurrencia) y del efecto memoria (hechos y enfermedades graves o infrecuentes son recordados con mayor intensidad y más tiempo que aquellos de menor importancia, habituales o leves).

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

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

El trabajo de campo se realizó entre los meses de abril y octubre de 2003 por 11 alumnos de las licenciaturas de Medicina, Farmacia y Diplomatura de Terapia Ocupacional, después de ser debidamente entrenados. Previamente, se realizó un *estudio piloto* a 50 discapacitados con la finalidad de *validar el cuestionario* y proceder, si era necesario, a introducir cambios para su redacción definitiva (10,18).

Posteriormente, se realizó la introducción de las encuestas en la Base de Datos. El programa

utilizado para realizar la explotación de los datos ha sido el *Programa Estadístico SPSS versión 11.0*. Se han utilizado diversos enfoques estadísticos en el tratamiento de la información obtenida. En primer lugar, un *estudio descriptivo de frecuencias*: elaboración y examen de los listados de frecuencias de todas las variables. En segundo lugar, un *estudio de la asociación entre variables*: partiendo de una tabla de contingencia o tabla cruzada, se efectúa a continuación, a través de pruebas de significación estadística (*Chi-cuadrado- X^2* , *Modelo Lineal General*), el análisis de la relación y/o asociación entre las variables sociodemográficas y todas las demás variables del cuestionario. Además, para estimar el parámetro poblacional a partir de los valores que las variables ofrecen en los individuos de la muestra, se calculan los respectivos *intervalos de confianza (IC) del 95%*.

RESULTADOS

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

El nivel de instrucción de los padres y de las personas con discapacidad intelectual se presenta en la **Tabla I**. Llama la atención lo siguiente: el 84% de los padres *no tienen estudios o tienen estudios primarios*, el 88% de las madres y el 95% de las personas con discapacidad. En la **Figura 1**, se puede observar el nivel de ingresos medios familiares. Destacar que el 31% supera los 900 € y que el 36,6% tiene unos ingresos inferiores.

La Salud percibida de las personas adultas con discapacidad intelectual se presenta en la **Tabla II**. El 41,5% (IC95%, 41,5 ± 6) de los discapacitados intelectuales refieren que su salud es *buen*a y el 26% (IC95%, 26 ± 5) *muy buena*. El 59,6% (158) de los discapacitados padece enfermedad o dolencia y el 45,7% (121) recibe tratamiento habitual. Las enfermedades o problemas de Salud más frecuentes se observan en la **Tabla III**. En

TABLA I. Nivel de estudios

	Padre		Madre		Discapacitado	
	Frec.	% $\pm$ IC(95%)	Frec.	% $\pm$ IC(95%)	Frec.	% $\pm$ IC(95%)
Ninguno	92	34,7% $\pm$ 6	102	38,5% $\pm$ 6	146	55,1% $\pm$ 6
Estudios 1º	130	49,1% $\pm$ 6	132	49,8% $\pm$ 6	107	40,4% $\pm$ 6
Bachillerato	14	5,3% $\pm$ 3	13	4,9% $\pm$ 3	8	3,0% $\pm$ 2
F.P.	6	2,3% $\pm$ 2	5	1,9% $\pm$ 2	3	1,1% $\pm$ 1
T. G. M.	1	0,4% $\pm$ 1	2	0,8% $\pm$ 1	1	0,4% $\pm$ 1
Universitario	22	8,3% $\pm$ 3	11	4,2% $\pm$ 2	0	0,0% $\pm$ 0
Total	265	100%	265	100%	265	100%

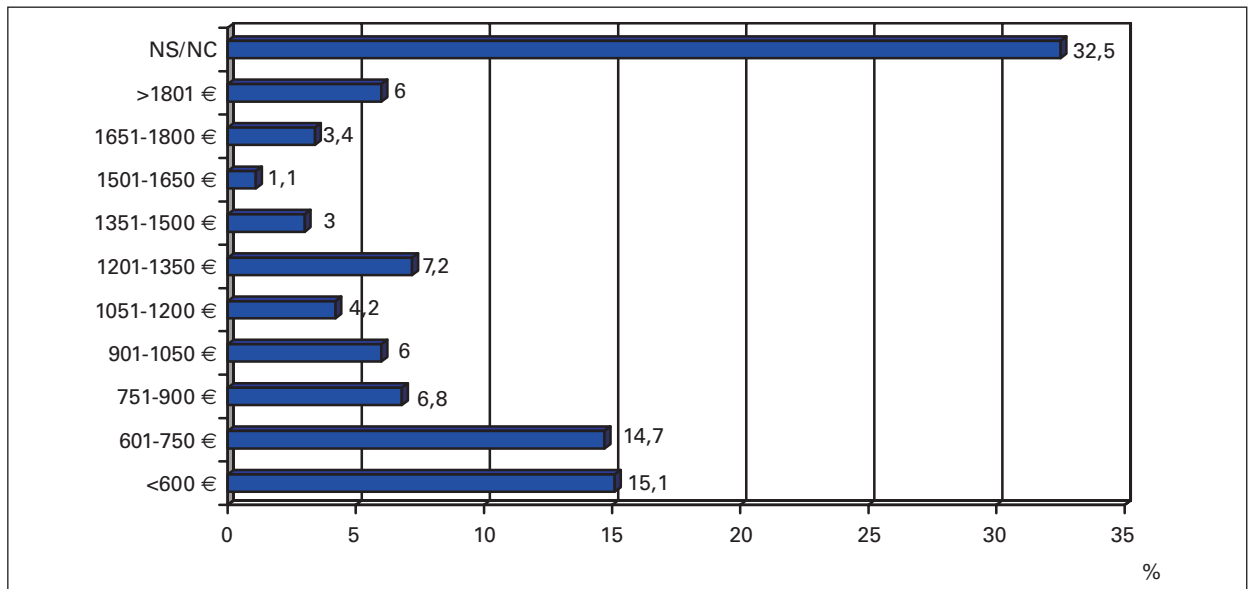


Figura 1. Nivel de ingresos de la unidad familiar.

TABLA II. Salud percibida por los discapacitados

	Frecuencia	%	IC 95%	Pobl.General*
Muy buena	34	12,8 %	12,8 $\pm$ 4	14,4 %
Buena	69	26,0 %	26,0 $\pm$ 5	54,9 %
Regular	110	41,5 %	41,5 $\pm$ 6	23,0 %
Mala	43	16,2 %	16,2 $\pm$ 4	5,7 %
Muy mala	9	3,4 %	3,4 $\pm$ 2	1,7 %
Total	265	100 %		

*Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001.

orden de frecuencia, padecen enfermedades articulares, enfermedad del sistema nervioso central e hipertensión arterial.

Con respecto a la utilización de los servicios sanitarios, en las últimas dos semanas, el 29,4%

(IC95%, 29,4 $\pm$ 5) (78) ha consultado a su médico de Atención Primaria. Los motivos principales de consulta han sido revisión y diagnóstico y tratamiento. En relación con la demanda al dentista, destacar que el 19,6% (IC95%, 19,6 $\pm$ 5) no ha ido

TABLA III. Morbilidad sentida por las personas con discapacidad

	Frecuencia	%	IC 95%	Pobl.General*
Ninguna	107	40,4 %	40,4 ± 6	81 %
Sí padece enfermedad o dolencia	158	59,6 %	59,5 ± 6	19 %
Total	265	100 %		
Sí: <i>Enf. del corazón</i>	25	15,8 %	15,8 ± 4	5,2 %
<i>Tensión arterial alta</i>	29	18,3 %	18,3 ± 5	14,4 %
<i>Asma o Enf. pulmonar</i>	22	13,9 %	13,9 ± 4	4,8 %
<i>Diabetes</i>	16	10,1 %	10,1 ± 4	5,6 %
<i>Úlcera o Enf. estomacal</i>	8	5,0 %	5,0 ± 3	3,5 %
<i>Enf. intestinal</i>	1	0,6 %	0,6 ± 1	
<i>Enf. de los riñones</i>	15	9,5 %	9,5 ± 4	5,3 %
<i>Enf. del SNC</i>	30	18,9 %	18,9 ± 5	1,1 %
<i>Anemia/Enf. de la sangre</i>	4	2,5 %	2,5 ± 2	0,8 %
Cáncer	8	5,0 %	5,0 ± 3	
<i>Depresión</i>	20	12,6 %	12,6 ± 4	6,5 %
<i>Enf. locomotor/articular</i>	40	25,3 %	25,3 ± 5	20,2 %
<i>Otro problema médico</i>	65	41,1 %	41,1 ± 6	

*Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001.

nunca, el 53,2% (IC95%, 53,2 ± 6) hace más de una año que no va y el 27,2% (IC95%, 27,42 ± 5) hace menos de un año.

En la **Tabla IV** se puede valorar la relación entre el nivel de estudios de los padres y la utilización de los servicios sanitarios.

DISCUSIÓN

La principal limitación de los resultados de este estudio está relacionada con el procedimiento para obtener información, es decir, con la encuesta por entrevista personal, ya que ésta se realiza a personas adultas con discapacidad intelectual. Estas personas saben lo que les pasa, pero tienen dificultades para recordar, describir sus síntomas y expresar adecuadamente sus padecimientos físicos y su importancia. Por este motivo y para subsanar los posibles déficits de información, la entrevista se realizó en presencia de los padres u otros familiares, generalmente hermanos, o cuidadores de centros ocupacionales. Como todos sabemos, el déficit cognitivo de las personas con discapacidad ha sido suplido por la actitud, generalmente *sobre-protectora* de los padres y familiares; por este motivo, éstos conocen la historia clínica de sus hijos y/o familiares.

Para valorar las características socioeconómicas, es decir, la clase social en la que se encuadran las personas adultas con discapacidad intelectual, se introdujeron en la encuesta los indicadores propuestos por la Sociedad Española de Epidemiología (16,17). De ellos, no podemos utilizar el nivel de ingresos por falta de respuestas (32,5%), y tampoco, la situación laboral u ocupación de los padres dado que la mayor parte están jubilados (37% de los padres y sólo un 11% de las madres trabajan). Por lo que, para valorar la clase social, se ha utilizado el nivel de estudios de los padres. Éste distingue adecuadamente a los individuos con diferente estado de salud, dado que las personas con mayor instrucción tienen más recursos para comprender mejor la información relativa a prevención y, sobre todo, promoción de la Salud y el nivel de estudios se considera la cualificación más importante en el mercado laboral, por lo que tiene una fuerte asociación con el nivel de ingresos y el nivel de vida. Los resultados del estudio indican que sólo un 8% de los padres y un 4% de las madres poseen estudios superiores y que el 84% de los padres y el 88% de las madres no tienen estudios o tan sólo estudios primarios. En consecuencia, las personas con discapacidad intelectual pertenecen a familias de bajo o muy bajo nivel socioeconómico y social.

TABLA IV. Nivel de estudios y utilización de servicios sanitarios

	Nivel estudios PADRE		Nivel estudios MADRE	
	Sí (% $\pm$ IC 95%)	No (% $\pm$ IC 95%)	Sí (% $\pm$ IC 95%)	No (% $\pm$ IC 95%)
Consulta médico	Población Discapacitada		Población General*	
Total	29,4% $\pm$ 5	70,6% $\pm$ 5	24,3 %	75,7 %
Ninguno	9% $\pm$ 3	25,6% $\pm$ 5	11,3% $\pm$ 4	27,1% $\pm$ 5
Estudios 1º	15,8% $\pm$ 4	33,2% $\pm$ 6	15,1% $\pm$ 4	34,7% $\pm$ 6
Bachillerato	1,5% $\pm$ 1	3,8% $\pm$ 2	1,1% $\pm$ 1	3,8% $\pm$ 2
FP.	0,7% $\pm$ 1	1,5% $\pm$ 1	0,7% $\pm$ 1	1,1% $\pm$ 1
T. G. M.	0,0% $\pm$ 0	0,4% $\pm$ 1	0,0% $\pm$ 0	0,7% $\pm$ 1
Universitario	2,2% $\pm$ 2	6,0% $\pm$ 3	1,1% $\pm$ 1	3,0% $\pm$ 2
Visita dentista	Población Discapacitada		Población General*	
Total	80,4% $\pm$ 5	19,6% $\pm$ 5	17,5 %	82,5 %
Ninguno	27,5% $\pm$ 5	7,1% $\pm$ 3	30,5% $\pm$ 6	7,9% $\pm$ 3
Estudios 1º	38,1% $\pm$ 6	10,9% $\pm$ 4	40,4% $\pm$ 6	9,4% $\pm$ 4
Bachillerato	4,5% $\pm$ 2	0,7% $\pm$ 1	4,1% $\pm$ 2	0,7% $\pm$ 1
FP.	2,2% $\pm$ 2	0,0% $\pm$ 0	1,5% $\pm$ 1	0,4% $\pm$ 1
T. G. M.	0,4% $\pm$ 1	0,0% $\pm$ 0	0,4% $\pm$ 1	0,4% $\pm$ 1
Universitario	7,5% $\pm$ 3	0,7% $\pm$ 1	3,4% $\pm$ 2	0,7% $\pm$ 1
Servicio Urgencias	Población Discapacitada		Población General*	
Total	18,5% $\pm$ 5	81,5% $\pm$ 5	20,0 %	80,0 %
Ninguno	6,8% $\pm$ 3	27,9% $\pm$ 5	7,5% $\pm$ 3	30,9% $\pm$ 6
Estudios 1º	9,4% $\pm$ 4	39,6% $\pm$ 6	9,8% $\pm$ 4	40,0% $\pm$ 6
Bachillerato	0,7% $\pm$ 1	4,5% $\pm$ 2	0,4% $\pm$ 1	4,5% $\pm$ 2
FP.	0,4% $\pm$ 1	1,9% $\pm$ 2	0,7% $\pm$ 1	1,1% $\pm$ 1
T. G. M.	0,0% $\pm$ 0	0,4% $\pm$ 1	0,0% $\pm$ 0	0,7% $\pm$ 1
Universitario	1,1% $\pm$ 1	7,1% $\pm$ 3	0,0% $\pm$ 0	4,1% $\pm$ 2
Hospitalización	Población Discapacitada		Población General*	
Total	6,0% $\pm$ 3	94,0% $\pm$ 3	8,7 %	91,3 %
Ninguno	2,2% $\pm$ 2	32,4% $\pm$ 6	2,6% $\pm$ 2	35,8% $\pm$ 6
Estudios 1º	3,8% $\pm$ 2	45,3% $\pm$ 6	3,4% $\pm$ 2	46,4% $\pm$ 6
Bachillerato	0,0% $\pm$ 0	5,3% $\pm$ 3	0,0% $\pm$ 0	4,9% $\pm$ 3
FP.	0,0% $\pm$ 0	2,2% $\pm$ 2	0,0% $\pm$ 0	1,9% $\pm$ 2
T. G. M.	0,0% $\pm$ 0	0,4% $\pm$ 1	0,0% $\pm$ 0	0,7% $\pm$ 1
Universitario	0,0% $\pm$ 0	8,3% $\pm$ 3	0,0% $\pm$ 0	4,1% $\pm$ 2

*Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001.

En relación con la Salud percibida, las personas adultas con discapacidad intelectual refieren porcentajes similares de autovaloración de su Salud que la población general, 66,5% frente al 70% de la población general (19). Sí se observan diferencias en relación con las enfermedades padecidas por la población general y este grupo poblacional, llama la atención que los discapacitados padecen con mayor frecuencia enfermedades osteomusculares, enfermedades del sistema nervioso central e hipertensión arterial. Esta última es la enfermedad más declarada por parte de la población general española, sobre todo a partir de los 45 años (19). Nuestros resulta-

dos ponen en evidencia la alta prevalencia de problemas musculares y articulares, que junto a la epilepsia y la hipertensión arterial son las enfermedades más frecuentes asociadas a discapacidad intelectual. Estos resultados son similares a los encontrados en un estudio realizado mediante evaluación médica (5) y a los descritos por otros autores (4,6). También, llama la atención que la morbilidad sentida esta asociada de manera estadísticamente significativa al nivel de ingresos familiares ($p = 0,025$). La alta frecuencia de hipertensión puede deberse a varios factores, envejecimiento precoz de las personas con discapacidad, alta prevalencia de sobrepeso y obe-

sidad y falta de ejercicio físico, características de este grupo poblacional.

La accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios por parte de todos los grupos sociales es objeto de estudio y debate. En nuestro país, el Sistema Nacional de la Salud garantiza la cobertura universal y las instituciones públicas garantizan el derecho constitucional a la protección de la salud. Pero es interesante saber si éste se hace efectivo en todos los grupos poblacionales, incluido el grupo de personas con discapacidad intelectual. El 29,4% de los discapacitados refiere haber consultado al médico en las dos semanas previas a la entrevista, frente al 24,3% de la población general (19). Esta mayor demanda de consultas médicas puede deberse a múltiples factores, en orden de importancia, la mayor prevalencia de enfermedades y padecimientos, la menor capacidad para resolver problemas leves o menores y a la actitud de sobreprotección de los padres y/o familiares que tienden a descargar la responsabilidad de sus problemas de salud y otras necesidades sociales en el sistema sanitario. Esta mayor demanda de la Atención Primaria, puerta de entrada al sistema sanitario, nos parece positiva siempre y cuando desde la misma se realicen estrategias oportunistas para lograr una mayor equidad de acceso al sistema de cuidados y, sobre todo, a actividades preventivas y de promoción de la salud en un grupo social desfavorecido como es éste. En relación a los motivos de consulta, éstos son similares a la población general, es decir, diagnóstico y/o tratamiento y revisión. Un hecho que llama la atención es que los distintos motivos de consulta se asocian estadísticamente al nivel de estudios de la madre ($p = 0,030$) y del padre ($p = 0,005$). Asociación razonable, dado que son éstos los que deciden.

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

La consulta al dentista en el último año es del 27,2% frente al 49% de la población general. Esta importante diferencia, de casi el doble, se debe a la falta de recursos de la mayoría de las familias de los discapacitados, dado que la falta de demanda de este servicio clínico-preventivo se asocia estadísticamente ($p = 0,001$) con el nivel

de estudios de los padres y con la situación laboral del padre y de la madre. Estos resultados confirman los reflejados en otros estudios españoles (20, 21).

Como consecuencia de esta falta de accesibilidad a este servicio de salud bucodental (el 19,6% refiere no haber ido nunca al dentista), las personas con discapacidad intelectual tienen un bajo nivel de salud dental, constituyendo una prioridad de prevención y promoción de la salud para este grupo poblacional (22).

Podemos concluir afirmando que el grupo poblacional de personas adultas con discapacidad intelectual y sus familias pertenecen a un nivel social bajo o muy bajo y esto, junto con otros factores condicionantes, determinan una alta prevalencia de enfermedad que condiciona su nivel de salud y su calidad de vida.

Agradecimiento

Mediante este trabajo se pretende aportar no sólo conocimiento, sino sobre todo, fundamentar científicamente las respuestas sociales en materia de Salud al grupo social de personas con discapacidad intelectual. Por todo lo cual, queremos agradecer a MAPFRE MEDICINA su financiación, a través de una Beca del Área Social, y a las personas con discapacidad intelectual y sus familias por su colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. MIRÓN CANELO J A, SÁENZ GONZÁLEZ M C, GONZÁLEZ CELADOR R. Una visión práctica de información sanitaria en España. *Rev Clin Esp* 1996; 96: 174-178.
2. REGIDOR E, GUTIÉRREZ-FISAC J L. Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del Programa Regional Europeo Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
3. JIMÉNEZ BUÑUALES M T, GONZÁLEZ DIEGO P, MARTÍN MORENO J M. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la Salud (CIF) 2001. *Rev Esp Salud Pú* 2002; 76: 271-279.
4. CAMPBELL M, MALONE R P. Mental retardation and psychiatric disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 4: 42.
5. ALMENARA BARRIOS J, GARCÍA GONZÁLEZ-GORDÓN R, NOVALBOS RUÍZ J P, MERELLO MARTEL B, ABELLÁN HERVÁS M J, GARCIA ORTEGA C. Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. *Rev Esp Salud Pú* 1999; 73: 383-392.

6. VAN SCHROJENSTEIN LATMAN, *et al.* Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. *Family Practice* 2000; 17: 405-407.
7. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Encuesta sobre Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud, 1990. Madrid: INE, 2003. <http://www.ine.es>
8. ANTÓ BUQUÉ J M, COMPANY A. Diagnóstico de Salud de la Comunidad. Principios, métodos, medidas y fuentes de datos. *Aten Primaria* 1984; 1: 247-257.
9. MIRÓN CANELO J A. Diagnóstico de Salud Comunitaria: estudio descriptivo del nivel de Salud de la provincia de Salamanca. Salamanca: Ed. Diputación de Salamanca, 1992.
10. ARGIMON PAYAS J M, JIMÉNEZ VILLA J. Métodos de investigación. Clínica y epidemiológica. Barcelona: Harcourt, 1999.
11. BENETT AE, RITCHIE K. Questionnaires in medicine. A guide to their design and use. Londres: Oxford University Press, 1975.
12. KROEGER A. Health interview surveys in developing countries. *Int J Epidemiol* 1983; 12: 465-481.
13. PRIETO L, BADÍA X. Cuestionarios de salud. Concepto y metodología. *Aten Primaria* 2001; 28: 203-208.
14. SÁENZ GONZÁLEZ M C, MIRÓN CANELO J A. Morbilidad prevalente en la población rural de Salamanca. *Medicina Integral* 1990; 4: 170-174.
15. SÁENZ GONZÁLEZ M C, MIRÓN CANELO J A. Valoración de la demanda y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población rural de la provincia de Salamanca. *Rev San Hig Púb* 1991; 65: 61-70.
16. GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA (SEE) - ÁLVAREZ DARDET C, ALONSO J, DOMINGO A, REGIDOR E. La medición de la clase social en Ciencias de la Salud. Barcelona: SG Editores, 1995: 29-40, 50-61 y 106-116.
17. GRUPO DE TRABAJO DE SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria* 2000; 25: 350-363.
18. GRAU G. Metodología para la validación de cuestionarios. *Medifam* 1995; 5: 351-359.
19. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Encuesta Nacional de la Salud 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003. http://www.msc.es/información_profesional
20. REGIDOR E, DE MATEO S, GUTIÉRREZ-FISAC J L, FERNÁNDEZ DE LA HOZ K, RODRÍGUEZ C. Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 285-288.
21. LOSTA O L, REGIDOR E, CALLE M E, NAVARRO P, DOMÍNGUEZ V. Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/1997. *Rev Esp Salud Púb* 2001; 75: 115-128.
22. CORTÉS MARTINCORENA J, LLODRA CALVO J C. Salud Pública Bucodental. En: Cabasés J M, Villalbí J R, Aibar C. (Ed). Informe SESPAS 2002 (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria). Barcelona: SESPAS, 2003.