
EVALUACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA CON EL INSTRUMENTO CHA-PAS (VERSIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE PAS-ADD) EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE Y PROFUNDA

João Albuquerque

Centro de Recuperação de Menores Dom Manuel Trindade Salgueiro
Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
Rua Francisco Velez do Peso, S/N, 7450-030 Assumar
j.p.alb@hotmail.com

Resumen

El denominado Trastorno de Discapacidad Intelectual (TDI) según el grupo de trabajo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) presenta alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica, aunque ésta por lo general no se diagnostica adecuadamente. La perspectiva de Diagnóstico Doble en TDI pretende esclarecer esta realidad en el contexto global de las dificultades presentadas por la persona con TDI. Este artículo presenta los datos resultantes de la aplicación de un instrumento diseñado para la investigación de patología psiquiátrica en niños y jóvenes con TDI, ChA-PAS (Child Adolescent Psychiatric Assessment Schedules), y evalúa la consistencia de los resultados con los diagnósticos psiquiátricos realizados a través del juicio clínico.

En los resultados, la gran mayoría de la población que ha sido objeto de estudio (91%) presenta una enfermedad psiquiátri-

ca asociada con TDI, con un predominio de TEA (Trastorno del Espectro Autista) y TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad). La patología más frecuente en las personas con TDI profundo es el TEA, mientras que en las personas con TDI Grave, el TDAH es el más representado. El grado de concordancia con el diagnóstico clínico previo fue 100%, lo que apoya la hipótesis de que Cha-PAS es un instrumento con interés en la evaluación de esta población.

Se concluye que incluso con instrumentos adecuados, la evaluación de personas con TDI, especialmente de nivel grave y profundo, es siempre un reto. La exploración de nuevos instrumentos y su traducción, verificación y validación para la población portuguesa puede ser un avance clínico relevante para personas con TDI.

Palabras clave: Discapacidad Intelectual; Diagnóstico Doble; Instrumentos de Evaluación.

Abstract

PSYCHIATRIC EVALUATION USING THE ChA-PAS (version for Children and Adolescents of the PAS-ADD) among Children and Young People With Severe and Profound Intellectual Disability

The Mental Disability, here called Intellectual Developmental Disorder (IDD), according to the working group of ICD-11, shows high prevalence of psychiatric morbidity associated, which is poorly diagnosed. The Dual Diagnosis perspective in IDD seeks to clarify this situation in the global context of the difficulties presented by the person with IDD. This article presents the data resulting from application of an instrument designed for the detection of psychiatric pathology on children and young people with IDD, the ChA-PAS (Child Adolescent Psychiatric Assessment Schedules), and evaluates the consistency of the results with the psychiatric diagnoses previously made clinically.

In the results, the vast majority of the study population (91%) have a psychiatric illness associated with PDI, with a predominance of the ASD and ADHD. The prevailing condition in people with Profound IDD is the leading one, while in people with Severe IDD, ADHD is the most represented. The degree of concordance with previous clinical diagnosis was 100%, which supports the hypothesis that ChA-PAS is an interesting instrument in evaluating this population.

We conclude also that even with appropriate instruments, assessment of people with PDI, especially with Severe and Profound levels, is always a challenge. The exploration of new instruments and their translation, admeasurement, and validation for the Portuguese population can be an asset for people with PDI.

Key words: Intellectual Disability; Double Diagnosis; Assessment Instruments.

Conflictos de Interés

Este trabajo está apoyado por el Plan Nacional de Salud Mental – Dirección General de Salud, y los autores se comprometen a su finalización. No hay conflictos de interés de los autores con cualquier otra entidad.

Conflicts of Interest

This work is supported by the Portuguese Plano Nacional de Saúde Mental – Direcção Geral de Saúde, compromising the authors for completion. There are no conflicts of interest of authors with any other entity.

Introducción

El Trastorno de Discapacidad Intelectual (TDI), designación considerada por el grupo de trabajo correspondiente de la CIE-11 para el término Discapacidad Mental (CIE-10), es una entidad que afecta a todas las áreas de intervención en rehabilitación en salud mental. Esta realidad ha sido siempre una fuente de serias limitaciones en el apoyo a estas personas, por la dificultad de articular todas las áreas que deberían estar presentes simultáneamente en el plan de intervención.

Hay que destacar que dentro del campo de la Psiquiatría y Salud Mental no existe una cultura de valorar la especificidad y las dificultades de hacer frente a las situaciones clínicas generadas por el TDI. Por ejemplo, no existe una formación específica en la materia dentro del plan de estudios de los especialistas en psiquiatría y salud mental en ninguna de las fases del ciclo vital (adulto, infancia o adolescencia), lo que perpetúa un modelo de apoyo que rara vez satisface las necesidades de las personas con TDI, sus familias, o los profesionales que los acompañan en las instituciones de rehabilitación, por lo general vinculados a los sectores sociales. En este sentido, el enfoque denominado de “Diagnóstico Doble”, “Patología Mixta” o Patología Dual” (Carvalho, 2011), intenta aclarar el panorama general de las dificultades adaptativas que presentan las personas con TDI, intentando deslindar los problemas que derivan del TDI en sí mismo y lo que resulta de la patología psiquiátrica acompañante, que por lo que se ha indicado anteriormente, a menudo no es reconocida y los trastornos se atribuyen erróneamente en exclusiva al TDI.

Consideramos que es importante producir evidencia científica que despierte el interés de la comunidad psiquiátrica por el Diagnós-

tico Doble, como una forma de sensibilizar a los responsables de la educación médica en la necesidad de integrar esta área en los planes de estudios de la especialidad y la intervención del psiquiatra en estas situaciones clínicas.

La mayor prevalencia de la enfermedad mental en personas con TDI es un hecho ampliamente reconocido. Desgraciadamente, hay pocos instrumentos diseñados para su uso en esta población, y los que existen, por lo general tienen limitaciones significativas en las poblaciones diana (edad, grado de discapacidad), en la capacidad de recogida de información, y en la cantidad de diagnósticos que permiten.

Epidemiología

El TDI presenta una prevalencia, según varios estudios (Mercer, 1973; Tarjan et al. 1973, cit. Albuquerque, 2000), de alrededor de 1% de la población general cuando se utilizan al menos dos criterios de evaluación: el cociente intelectual (CI) y la escala de conducta adaptativa. Este valor difiere significativamente de lo que se ha encontrado si sólo utilizamos el CI, que es del 3%. Este hecho explica la variación de los resultados que se pueden observar entre los diversos estudios. La prevalencia del TDI Grave y Profundo es mucho más baja que del TDI Ligero e Moderado (0,4% vs 2,5-3%) y su etiología está mejor definida (Tejada, 2006).

Mucho más escasos son los estudios sobre la prevalencia de la enfermedad mental en TDI. Sin embargo, todos los estudios existentes están de acuerdo en la idea de que las personas con TDI tienen una mayor vulnerabilidad a problemas de salud mental que la población general (Cooper, 2007; Moss, 2001, Whitaker & Read, 2006). Hay

una prevalencia de 30-40% de trastornos mentales en personas con TDI, lo que corresponde aproximadamente a cuatro veces la prevalencia en la población general. Esta relación se mantiene para cada patología específica que consideremos. Por lo tanto, para los Trastornos Esquizofrénicos la prevalencia es de 3% (O'Hara & Sperlinger, 1998), para la Depresión entre 1,3 y 3,7% (Deb et al., 2001) y los Trastornos de Ansiedad se presentarían aproximadamente en el 40% de las personas con TDI (Raghavan, 1997).

Objetivo

Este artículo presenta los datos resultantes de la aplicación de un instrumento diseñado para la investigación de la patología psiquiátrica en niños y jóvenes con TDI, el ChA-PAS (*Child Adolescent Psychiatric Assessment Schedules*) (Moss et al, 2013), y evalúa la consistencia de los resultados del mismo con los diagnósticos psiquiátricos realizados mediante una valoración psiquiátrica.

Los datos se han obtenido de la evaluación psiquiátrica realizada dentro de un estudio más amplio en curso en el Centro de Recuperação de Menores D. Manuel Trindade Salgueiro (CRM), de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (HHSCJ), el **Estudio Multidimensional de la Población Infantil y Juvenil con TDI Grave y Profunda del CRM**, que tiene como objetivo, entre otros, crear una batería de evaluación multidisciplinar que satisfaga las necesidades de las diversas áreas técnicas relacionadas con la intervención de niños y jóvenes con TDI Grave y Profundo. En el futuro, también se publicarán datos sobre el estudio global.

El CRM atiende a 120 residentes de sexo femenino y edad comprendida entre 3 y

17 años, que presentan un diagnóstico de Trastorno del Desarrollo Intelectual. Actualmente el CRM se centra en situaciones de Diagnóstico Doble (TDI y otros trastornos de salud mental y psiquiatría) y Discapacidad Múltiple (TDI y otras discapacidades sensoriales, motoras o expresivas), como área clínica de intervención más específica de su práctica. Atiende a personas procedentes de todo Portugal.

Su especificidad se debe a las características del equipo técnico multidisciplinar, que incluye personal médico y de enfermería, al contrario de lo que suele ser habitual en las instituciones relacionadas con la rehabilitación. El Equipo Multidisciplinar comprende: 1 Psiquiatra, 1 Médica de Medicina General y de Familia, 1 Pediatra, 1 Dentista, 14 Enfermeros, 1 Psicólogo, 1 Asistente Social, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Técnico de Psicomotricidad, 1 Fisioterapeuta, 1 Logopeda, 2 Educadoras Sociales, 52 Cuidadores - 4 de ellos con funciones específicas de seguimiento de las actividades ocupacionales -, 2 Profesoras de Enseñanza Especial, y 6 Hermanas de la Congregación de HHSCJ con actividades de gestión y coordinación de los servicios, que se acumulan con el servicio de atención al paciente.

El "ChA-PAS" pertenece a un conjunto de 4 instrumentos llamados **PAS-ADD** (*Psychiatric Assessment Schedules for Adults With Developmental Disabilities*) (Moss et al, 1993) (<http://www.pas-add.com/>) diseñados para mejorar la detección y diagnóstico de problemas de salud mental en personas con TDI. El PAS-ADD Clinical Interview consiste en una entrevista clínica semiestructurada producto de la evolución de la versión inicial PAS-ADD 10, destinado a ser utilizado por profesionales capacitados, tales como psiquiatras y psicólogos, y permite un diagnóstico principal preciso tanto en la CIE-10

como el DSM-IV-TR. El **PAS-ADD Checklist** es un cuestionario de 25 ítems que emplean un lenguaje coloquial, diseñado para el uso de los cuidadores y familiares, que son las personas que se dan cuenta antes de los cambios en el comportamiento de las personas que tratan, con el fin de decidir sobre la necesidad de una evaluación en contexto clínico. El **Mini PAS-ADD** es un cuestionario semi-estructurado para la detección de síntomas psiquiátricos, dirigido por un miembro del equipo sin formación psiquiátrica o psicológica, por lo que debe recibir la formación adecuada para utilizarlo. En general se aplica a los cuidadores más directos o a la familia de la persona con TDI. Por último, el **ChA-PAS** es el elemento más reciente de PAS-ADD y fue elaborado ante las peticiones de los profesionales de contar con un instrumento que no tuviese la limitación de la edad mínima requerida para la aplicación Mini PAS-ADD. También está diseñado para ser utilizado por miembros del equipo que hayan recibido una formación adecuada, y puede ser aplicado al niño o joven con TDI, a un miembro de la familia o cuidador, o a ambos.

Aparte de PAS-ADD Checklist, ninguno de estos instrumentos está diseñado para determinar un diagnóstico, pero permite comprender con gran precisión la necesidad de evaluación clínica para definir la presencia de un trastorno. Tiene la gran ventaja de mejorar la capacidad del personal no formado en psiquiatría o psicología para detectar posibles enfermedades psiquiátricas, ampliando las posibilidades para la evaluación de la población con TDI en diferentes contextos y en todas las edades y niveles de discapacidad.

El ChA-PAS es un instrumento de 97 ítems organizados en 7 secciones, asociadas a distintas esferas de síntomas psiquiátricos,

cuantificados en una escala de gravedad de 2 a 4 puntos. Los ítems se basan en CIE-10 (OMS, 1992). Algunos de ellos se refieren a síntomas de patologías específicas, mientras que otros son comunes a varios trastornos. El Che-PAS genera así puntuaciones en 9 escalas de síntomas: Psicosis, Episodio Maníaco, Episodio Depresivo, Trastornos Ansiosos, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Conducta, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y Trastorno del Espectro Autista (TEA). Cada escala tiene una puntuación de referencia para identificar la probable presencia del respectivo trastorno de salud mental.

Método

La muestra se corresponde con el universo total de residentes en CRM con edades comprendidas entre 3 y 25 años de edad y sufrían de TDI Grave y Profundo.

La implementación del ChA-PAS es parte del Estudio Multidimensional en marcha en CRM, como ya se ha mencionado, y se refiere a la investigación de la patología psiquiátrica. Esta herramienta considera en su aplicación, un informante principal, que puede entrevistar la persona a la que se aplica la escala u otras personas que contactan regularmente con ella (la familia, otros cuidadores), y un segundo informante, para acompañar a la persona seleccionada en otros contextos (el profesor en la escuela).

Ya que no existen versiones traducidas y validadas para la población portuguesa, se optó por utilizar la versión original, teniendo cuidado de ser siempre el mismo informante a utilizar la escala. Se intentaba evitar así que una traducción libre por nuestra parte o el empleo de otras versiones traducidas a otros idiomas (español, fran-

cés, ...) afectase de manera significativa los resultados.

Por lo tanto, se optó por el psiquiatra de CRM como el primer informante para cada persona seleccionada por ser el miembro del equipo más directamente relacionado con la enfermedad psiquiátrica, lo que le permitió usar la escala sin la necesidad de una formación específica. Además, el psiquiatra conoce a todas las personas seleccionadas, y tiene acceso a todos los demás cuidadores. Como un segundo informante, se le pidió al técnico de referencia de la persona seleccionada que asumiera este papel, por tener un conocimiento privilegiado de la persona y recoger periódicamente la información de otros informantes.

Fueron utilizadas todas las posibilidades de recogida de datos, desde la entrevista con la persona seleccionada, de acuerdo con la posibilidad de participación de la misma, a la participación de otros cuidadores relacionados con las actividades básicas de sub-

sistencia, otras intervenciones técnicas, y área pedagógica. Se consideraron todos los datos disponibles en la historia completa de la persona seleccionada, ya que muchos de los síntomas que se consideran no estaban presentes en el momento de la entrevista. Es decir, la referencia al tiempo considerado para la recogida de datos es uno de los aspectos que el ChA-PAS exige indicar en el comienzo de la cumplimentación. La caracterización de la persona seleccionada se basó en datos sobre el proceso clínico de cada una.

Resultados

Muestra:

Se evaluaron un total de 33 mujeres residentes en CRM, con edades comprendidas entre los 3 y los 25 años. De estas, 23 tenían TDI Grave y 10 TDI Profundo.

Tabla 1: Caracterización de la muestra de acuerdo con los datos del proceso clínico.

Trastorno Desarrollo Intelectual	Grave	Profundo	Total
Género	Femenino	Femenino	
Edad 3 < 6		1	1
Edad 6 < 12	2	3	5
Edad 12 < 25	19	8	27
Trastorno Psiquiátrico	20	9	29
Trastorno Somático	16	13	29
Trastorno Psiquiátrico e Somático	16	9	25
Ningún otro diagnóstico	0	0	0

A partir de los datos en la historia clínica de cada residente evaluada, se encontró que 30 (90,9%) de ellas tenían un diagnóstico psiquiátrico, 28 (84,8%) tenían patología somática, 31 tenían dos o más comorbilidades (93,9%), especialmente epilepsia, presente en 10 (33, 3%), y finalmente no había ninguna residente evaluada sin ninguna patología asociada (Tabla 1).

Aplicación del CHA-PAS:

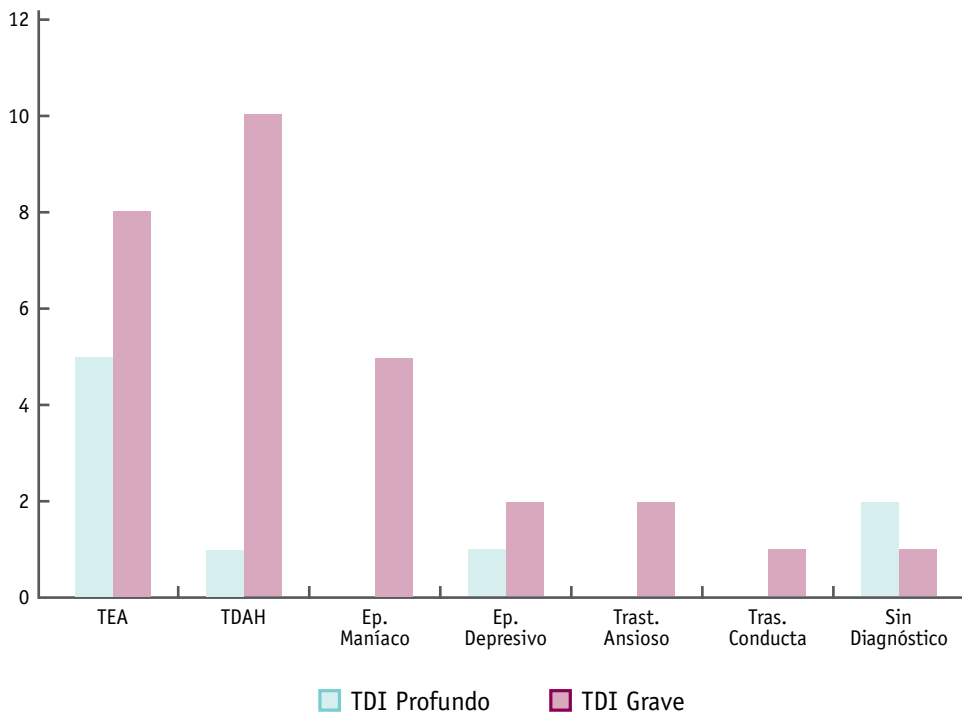
Después de la aplicación del instrumento ChA-PAS, nos dimos cuenta de un predominio de puntuación por encima de la puntuación de referencia para el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), y de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), lo que está de acuerdo con la experiencia de los técnicos que trabajan en este campo y con los datos de la literatura.

Varios casos tienen puntuación por debajo del umbral significativo para Trastorno de Conducta, pero todos ellos tienen puntuación significativa para TDAH, diagnóstico que incorpora las modificaciones de conducta que han sido identificadas. Otros tienen puntuaciones subliminales para psicosis y trastorno obsesivo, pero todos pertenecen a los casos que puntúan significativamente el TEA, que integra los síntomas psicóticos y obsesivos identificados. Por último, aunque sólo dos personas puntuaban para Trastorno de Ansiedad (TA), hay 11 que, aunque puntuaban significativamente TA, también puntuaban para el TDAH y TEA. Estos son los diagnósticos más específicos que incluyen síntomas de ansiedad no específicos y presentes en muchas patologías, y por lo tanto no se pueden enumerar como un único diagnóstico en estos casos (Tabla 2) (Figura 1).

Tabla 2: Resultados de la aplicación ChA-PAS.

Trastorno del Desarrollo Intelectual (n:33)	Grave	Profundo	Total	Notas
TEA	8 (26,6%)	5 (16,6%)	13 (43,3%)	
TDAH	10 (33,3%)	1 (3,3%)	11 (36,6%)	
Episodio Maníaco	5 (16,6%)	0	5 (16,6%)	
Episodio Depresivo	2 (6,6%)	1 (3,3%)	3 (9,9%)	
Trastorno Ansioso	2 (6,6%)	0	1 (3,3%)	Más 11 (36,6%) cotizan, integrados e TEA e TDAH
Trastorno de Conducta	1 (3,3%)	0	1 (3,3%)	
Sin diagnóstico psiquiátrico	1 (3,3%)	2 (6,6%)	3 (9,9%)	

Figura 1: Resultados de la aplicación del ChA-PAS.



Discusión y Conclusiones

Este estudio pretende demostrar la relevancia de la herramienta ChA-PAS en la detección de probable trastorno psiquiátrico en niños y jóvenes con TDI Grave y Profundo. El grado de concordancia con el diagnóstico clínico previo fue del 100%, lo que apoya la hipótesis de que Cha-PAS es un instrumento útil en la evaluación de esta población. Algunas de las pacientes estudiadas presentan una patología no específica y compleja, en que el cuadro sindrómico incluye síntomas comunes a diferentes patologías asociadas a trastornos del comportamiento. Se encontró que ChA-PAS permite la identificación de un diagnóstico más estructural de los síntomas, con implicaciones significativas para la orientación terapéutica de las pacientes.

El trabajo también nos ha permitido identificar algunas limitaciones que la evaluación de esta población tiene. Por ejemplo, fue evidente la dificultad de evaluar los síntomas de naturaleza cognitiva (por ejemplo, pensamientos suicidas, confianza en sí mismo, delirios), por los problemas cognitivos inherentes.

También la expresión personal limita la participación de las personas en el estudio, sea por la ausencia de la expresión verbal, sea por la postración en cama, o por no tener ninguna posibilidad de expresión (incluso la expresión facial se ve comprometida o tiene carácter estereotipado).

Junto con las dificultades expresivas y conceptuales, también las dificultades sensoriales, especialmente amaurosis bilateral y sordera completa, deterioran significativamente la comunicación efectiva con los evaluadores.

En algunos ítems, incluyendo los relativos al sueño y el apetito, el empleo de la medicación y las rutinas de la institución produ-

cen cambios importantes, y es fundamental que veamos los datos de la historia de la persona evaluada para tratar de entender cuál es su funcionamiento natural.

Por último, el hecho de que el primer informador sea el psiquiatra que acompaña a las personas evaluadas, debe tenerse en cuenta como factor significativo en los resultados, aunque éste no tuviera presente en el momento de la evaluación los diagnósticos previos de las personas estudiadas.

Podemos concluir, sin embargo, teniendo en cuenta las limitaciones mencionadas, que la gran mayoría de la población del estudio (91%) tienen una enfermedad psiquiátrica asociada con TDI, con un predominio de TEA y TDAH. La patología más frecuente en las personas con TDI Profundo es TEA, mientras que en las personas con TDI Grave el TDAH es lo más representado.

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos asociados a TDI es mucho más alta en la población estudiada en relación con los datos de literatura (91% vs 30-40%). Esto puede explicarse por el contexto institucional en el que se realizó el estudio. Como hemos dicho antes, el CRM acoge preferentemente personas con Diagnóstico Doble, donde TDI se asocia con otro diagnóstico psiquiátrico, y es por lo tanto una población en la que esta realidad es mucho más común. El hecho de que hay un rango más pequeño de diagnósticos psiquiátricos en la población con TDI Profundo está de acuerdo con datos de la literatura. Sin embargo, debemos considerar las limitaciones mencionadas, en particular con respecto a las capacidades expresivas de las personas observadas, tanto más que esto es más relevante en las personas con discapacidades múltiples, en las que estas dificultades son más evidentes.

Áreas de investigación futura

Incluso con herramientas adecuadas, la evaluación de personas con TDI, especialmente Grave y Profundo, es siempre un reto. Por tanto, se necesitan más estudios con este u otro instrumento construido para detectar probables trastornos psiquiátricos en personas con TDI para confirmar los datos de este estudio, para que un mayor número de técnicos adquieran experiencia y seguridad en la utilización de estos instrumentos, y para ampliar la evidencia de esta realidad.

La exploración de nuevos instrumentos y su traducción, verificación y validación para la población portuguesa puede ser una plusvalía inestimable para las personas con TDI, para ayudar a todos aquellos que trabajan con ellos a detectar la presencia de comorbilidad psiquiátrica, independientemente de la formación básica que poseen.

La sensibilización y formación de los profesionales de la salud en la presencia de Diagnóstico Doble en TDI es fundamental, dada la magnitud del problema. Incluso hoy en día aún no existe una formación estructurada sobre TDI en el currículo de la formación de la profesión médica en Portugal, ya sea pre o post-grado. Sólo con la producción de evidencia científica de esta realidad tendremos argumentos para apoyar los cambios de los planes de estudios para que incluyan también este problema.

Gratitud

Este estudio contó con lo apoyo financiero del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) - Dirección General de Salud (DGS) - Ministerio de Salud, a quien agradecemos este apoyo y todo el aliento para desarrollar este trabajo. El equipo técnico de CRM da las gracias a toda la comunidad de CRM, incluyendo las residentes y sus familias, su apoyo en todo momento para este estudio

Bibliografía

1. Albuquerque MC. A criança deficiente mental ligeira: aspetos comportamentais e familiares. INR, Lisboa, 2000.
2. Carvalho A. "Encontro de Trabalho Saúde Mental na Deficiência Intelectual", palestra na Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2012.
3. Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A & Allen L. Mental Ill-Health in Adults with Intellectual Disabilities: Prevalence and Associated Factors. *British Journal of Psychiatry*, 190: 27-35, 2007.
4. Deb S, Thomas M & Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability: prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45: 495-505, 2001.
5. Mercer J. Labeling the mentally retarded: Clinical and social system perspective on mental retardation. Berkeley: University of California Press, 1973.
6. Moss S, Patel P, Prosser H, Goldberg D, Simpson N, Rowe S, Lucchino R. Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability. I: Development and reliability of the patient interview (PAS-ADD). *Br J Psychiatry*. 163:471-80, 1993.
7. Moss S. Psychiatric Disorders in Adults with Mental Retardation. *International Review of Research in Mental Retardation*, 24: 211-43, 2001.
8. Moss S, Friedlander R & Lee P. The ChA PAS Handbook and Clinical Interview: For the assessment of mental health problems in children and adolescents. Hove, Pavilion Publishing Ltd, 2013.
9. O'Hara J, Sperlinger A. Adults with Learning Disabilities: A Practical approach for health professionals. Chichester, UK: John Wiley and Sons; 1997.
10. Tejada MI. Retraso mental de origen genético. Presentación de la Red GIRMÓGEN. *Rev Neurol*, 42 (Supl. 1): S1-6, 2006.
11. Tarjan G, Wright SW, Eyman RK & Keeran CV. Natural history of mental retardation: some aspects of epidemiology. *Am J Ment Defic*. 77(4):369-79, 1973.
12. Raghavan R. Anxiety disorders in people with learning disabilities: A review of the literature. *Journal of Learning Disabilities for Nursing, Health and Social Care*, 2 (1): 3-9, 1997.
13. Whitaker S, Read S. The Prevalence of Psychiatric Disorders among people With Intellectual Disabilities: An Analysis of the Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19 (4): 330-45, 2006.