

Reflexiones sobre el envejecimiento

Apoyo al envejecimiento activo: detección y pautas de actuación

Abril 2015



Este estudio contiene:

- Pág. 3 FEAPS y el programa de envejecimiento activo
- Pág. 4 Necesidades y propuestas de actuación
- Pág. 8 Conclusiones
- Pág. 9 Bibliografía



Discapacidad intelectual y envejecimiento

Hace no tantos años, hablar de **personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo** y proceso de envejecimiento era algo extraño. Sin embargo, el incremento de la esperanza de vida de este colectivo (como del resto de las personas) ha convertido estas “anécdotas” en **un verdadero reto para las entidades, las familias, las propias personas con discapacidad y toda la sociedad**; más aún, cuando se espera que el número de personas mayores con discapacidad siga incrementándose considerablemente en los próximos años (Berjano y García, 2009).

El envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual **plantea nuevos desafíos, al generar nuevas necesidades**, dado que los recursos muchas veces no están adaptados a esta nueva situación. Esto podría redundar en una doble vulnerabilidad (Informe SÉNECA): persona con discapacidad intelectual y envejecimiento. Por ello, es necesario anticipar las demandas de este grupo de población, con el fin de asegurar la existencia de recursos adecuados, que permitan promover un envejecimiento activo y saludable (Navas *et al.*, 2015).

Sabías que...

Cuando se habla de envejecimiento, no debe atenderse sólo a un criterio cronológico (a partir de los 40 o 50 años en personas con discapacidad intelectual) o funcional (cambios, deterioro de aptitudes y habilidades...), sino que debe comprenderse dentro del modelo de ciclo vital de la persona





En general, se apunta que el **proceso de envejecimiento en personas con discapacidad intelectual** se inicia en torno a los 45-50 años, si bien es cierto que existe una gran variabilidad en las manifestaciones (Berjano y García, 2009). De hecho, cuando se habla de envejecimiento, no debe atenderse sólo a un criterio cronológico (a partir de los 60 o 65 años) o funcional (cambios, deterioro de aptitudes y habilidades...), sino que debe comprenderse dentro del modelo de ciclo vital (VVAA, 2006), entendiendo que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual se introduce en una etapa diferente de las vividas con anterioridad. Desde esta perspectiva, la vejez incluye aspectos negativos (de deterioro, pérdida de capacidades), pero también positivos (experiencia humana), y todo ello desde la consideración individual de la persona, dado que no podemos hablar del proceso de envejecimiento de esta población como un proceso unitario.

También parece aceptado que el proceso de envejecimiento en este colectivo **es similar al del resto de personas y presenta síntomas parecidos** (VVAA, 2006), si bien hay ciertos síndromes que presentan peculiaridades en el proceso de envejecimiento; además, generalmente el deterioro es mayor en personas con mayores necesidades de apoyo.

A medida que las personas van envejeciendo aparecen una serie de cambios (Berjano y García, 2009) entre los que suelen destacarse, entre otros, los siguientes:

- **Cambios físicos:** pérdidas auditivas y visuales, problemas respiratorios, aumento de la presión sanguínea (como consecuencia de una disminución del ritmo cardíaco), descenso en la eficacia de los mecanismos inmunológicos, propensión a engordar (como consecuencia de malos hábitos alimentarios y del sedentarismo),

desaparición de masa muscular con la consecuente pérdida de fuerza, aparición de trastornos musculoesqueléticos (artritis y artrosis), osteoporosis y algunos tipos de tumores (principalmente en mujeres, con la aparición de la menopausia). Además, las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento van teniendo más necesidades para realizar las actividades de la vida diaria.

- **Cambios cognitivos:** mayor lentitud en el proceso de reacción ante estímulos, dificultad en la adquisición de nuevas habilidades, alteraciones de la memoria, disminución de la atención, disminución en las funciones sensoriales y perceptivas, disminución en la capacidad de resolución de problemas, así como en la capacidad de lenguaje y expresión.
- **Cambios relacionados con aspectos laborales:** disminución del ritmo de trabajo, disminución de la precisión en el desarrollo de tareas, mayor torpeza, mayor fatiga, menor motivación, incremento del número de bajas laborales por enfermedad, pérdida de facultades superiores (memoria, atención, orientación espacio-temporal), disminución de reflejos, aumento de riesgos laborales.

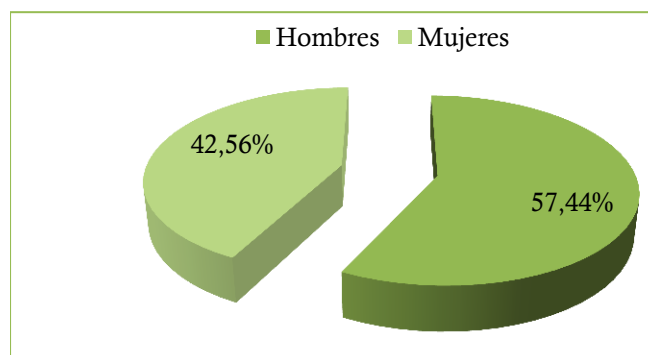
En ocasiones, la jubilación puede acarrear un impacto psicosocial y emocional en la vida de las personas, pudiendo derivar en **problemas de autoestima y la aparición de síntomas depresivos**, unido asimismo a la posible pérdida de relaciones sociales e interpersonales, con los consiguientes sentimientos de aislamiento y soledad. En esta línea, entre los principales cambios sociales que acontecen, se destaca la disminución o pérdida de apoyos sociales del grupo de iguales (por finalización de actividad laboral, por defunción o enfermedad) y de la familia (cambio de tutor, fallecimiento de algún familiar, modificación de lugar de convivencia).

2. FEAPS y el programa de envejecimiento activo

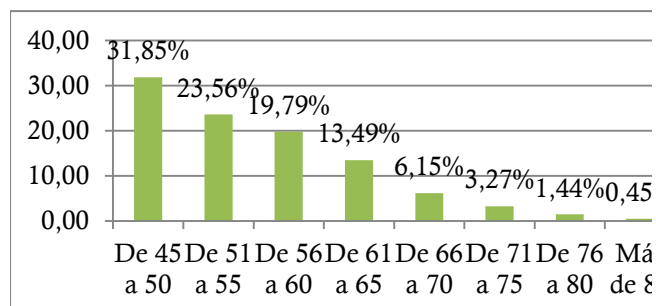
Concedora de esta realidad, una de las líneas prioritarias de FEAPS Castilla y León es **apoyar al envejecimiento activo de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo, con el objetivo de mejorar su calidad de vida**. Para ello, se propone el desarrollo de un conjunto de actuaciones que eviten el envejecimiento prematuro, retrasen la aparición de síntomas y/o les permitan un envejecimiento saludable. Todo ello, desde un triple enfoque: individualizado, integral y preventivo.

En la actualidad, este proceso de envejecimiento afecta a **más de 2.000 personas** que reciben apoyos en entidades de FEAPS Castilla y León. Además, este dato irá previsiblemente en aumento ya que la esperanza de vida va incrementándose.

Según los **datos recogidos en 2013** (en 26 entidades, con un total de 2.016 participantes), cerca de 6 de cada 10 personas con discapacidad en proceso de envejecimiento son varones.

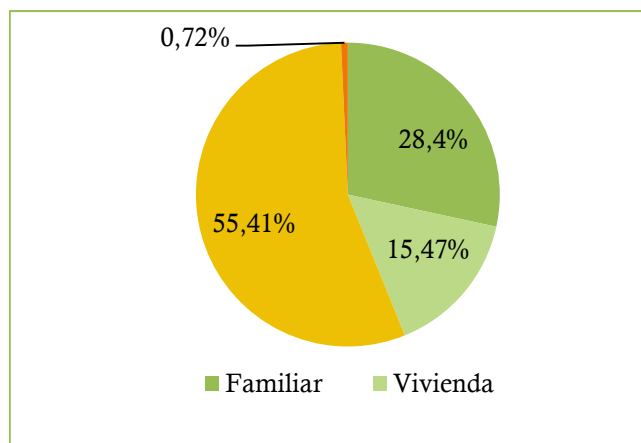


Respecto a la **edad**, el porcentaje mayor se sitúa entre los 45 y los 50 años (cerca de un tercio de los participantes), si bien un 24,80% tiene más de 60 años.



En los datos encontrados por Aguado *et al.* (2010), la media de edad de las 362 personas con discapacidad intelectual de Castilla y León que participaron fue de 52,99 (DT= 8,05) y el 62,2% eran varones. También el estudio realizado en la Comunidad Valenciana (Berjano y García, 2009) con 1.430 personas con 45 o más años va en la misma línea: el 65,3% eran varones y el 34,7% mujeres. Por edad, el mayor porcentaje (45%) se situaba igualmente entre los 45-50 años y un 13% tenían ya 60 años o más.

Por otro lado, respecto al **lugar donde se convive**, más de la mitad de los participantes viven en Residencias y cerca de 3 de cada 10 en el entorno familiar.



También Aguado *et al.* (2010) encontraron en Castilla y León **un predominio del servicio residencial (42%)**. Asimismo, en la Comunidad Valenciana (Berjano y García, 2009), el porcentaje mayoritario vive en un centro residencial (44,5%), seguido del 41,6% que convive con los padres u otros familiares; tan sólo el 5,5% de la muestra vive en un piso tutelado (asistido).

También Aguado *et al.* (2010) encontraron en Castilla y León un predominio del servicio residencial (42%). Asimismo, en la Comunidad Valenciana (Berjano y García, 2009), el porcentaje mayoritario vive en un centro residencial (44,5%), seguido del 41,6% que convive con los padres u otros familiares; tan sólo el 5,5% de la muestra vive en un piso tutelado (asistido).



3. Objetivo y procedimiento

A partir de estos datos, FEAPS Castilla y León se propuso **conocer mejor la realidad de las personas con discapacidad intelectual** en proceso de envejecimiento, qué necesidades y dificultades encuentran para poder llevar a cabo su proyecto de vida, así como propuestas de actuación.

Para ello, como primer paso, se consideró relevante **conocer la opinión de los profesionales** que trabajan diariamente con esta población, con la pretensión de que este trabajo contribuyera a orientar las líneas de acción futuras del Programa de Apoyo al Envejecimiento Activo de personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo.

La información fue recogida desde una perspectiva cualitativa. Más concretamente, aprovechando que se iban a llevar a cabo talleres sobre envejecimiento saludable con grupos de personas mayores en distintas entidades (en los que participaron 293 pcdid mayores de 45 años), se establecieron en paralelo reuniones de profesionales, en las que a modo de grupo de discusión se pudiera compartir cuáles son las demandas e inquietudes en referencia al envejecimiento de las pcdid desde diferentes ópticas.

En total participaron **170 profesionales** de diferentes perfiles (directores de centro, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas, logopedas, responsables de viviendas, ocio, Centro Ocupacional, Centro de Día...), pertenecientes a 30 entidades federadas.



4. Necesidades y propuestas de actuación: la opinión de los profesionales

A continuación, sintetizamos las opiniones y percepciones de los profesionales que participaron en los grupos. Si bien se han detectado inquietudes comunes, no podemos obviar que existe cierta variabilidad respecto a los temas prioritarios y propuestas de cada entidad.

La información se ha organizado en torno a cuatro ámbitos: la propia persona con discapacidad, familia, entidad y entorno.

PERSONA

En general, los profesionales han detectado una **falta de formación, información y concienciación sobre** el proceso de envejecimiento propio y/o de los otros.

Más específicamente, han manifestado inquietud en las siguientes áreas:

Salud:

- Preocupación por la aparición de **problemas de salud** derivados del envejecimiento (deterioro físico y/o cognitivo, demencias, enfermedades crónicas, problemas físicos asociados al sedentarismo,...). En ese sentido, se considera la necesidad de realizar una **valoración inicial**, que facilite la discriminación de aquellos problemas de salud que aparecen asociados realmente con la edad (frente a los propios de cada persona con discapacidad).

- Esto conlleva que aumenten las **necesidades de apoyo específicas**: movilizaciones, prevención de caídas, accesibilidad, apoyos en desplazamientos, alimentación/dietas, apoyos de logopedia, ortopedia, cuidados paliativos, etc.
- Se ha hecho hincapié en la necesidad de fomentar el mantenimiento y promoción de la salud, aumentando las **acciones preventivas**: actividad física, higiene bucodental, hidratación adecuada, estimulación psicomotriz, estimulación cognitiva, etc
- También se ha valorado la necesidad de conocer y usar **instrumentos específicos para el diagnóstico** de trastornos en pcdid mayores (enfermedad mental, deterioro cognitivo,...) y protocolos de salud.
- Existe preocupación por el aumento de **polifarmacología** y los efectos secundarios asociados. En esta línea, se considera que deberían realizarse **revisiones periódicas**, tanto del estado general de salud, como de la medicación prescrita.
- Finalmente, también la **salud afectivo-sexual** de las personas mayores se ha considerado relevante. Esto conlleva que aumenten las **necesidades de apoyo específicas**: movilizaciones, prevención de caídas, accesibilidad, apoyos en desplazamientos, alimentación/dietas, apoyos de logopedia, ortopedia, cuidados paliativos, etc.
- Se ha hecho hincapié en la necesidad de fomentar el mantenimiento y promoción de la salud, aumentando las **acciones preventivas**: actividad física, higiene bucodental, hidratación adecuada, estimulación psicomotriz, estimulación cognitiva, etc.
- También se ha valorado la necesidad de conocer y usar **instrumentos específicos para el diagnóstico** de trastornos en pcdid mayores (enfermedad mental, deterioro cognitivo,...) y protocolos de salud.
- Existe preocupación por el aumento de polifarmacología y los efectos secundarios asociados. En esta línea, se considera que deberían realizarse **revisiones periódicas**, tanto del estado general de salud, como de la medicación prescrita.
- Finalmente, también la **salud afectivo-sexual** de las personas mayores se ha considerado relevante.

Desarrollo personal y bienestar emocional:

- Aparecen **nuevas necesidades asociadas al proceso de envejecimiento** (equilibrio actividad-descanso, pérdida de capacidades propias y/o de compañeros y familiares,...), que además pueden suponer **cambios de rutinas e incluso de servicio** (de C.E.E. a Centro Ocupacional, a Centro de Día). En esta línea, se considera preciso trabajar con las personas para apoyarles frente a la pérdida de capacidades (propias y de sus compañeros).
- Desde el punto de vista emocional, existe preocupación por la aparición de **apatía** y bajo estado de ánimo en personas en proceso de envejecimiento.

- Además, se considera relevante trabajar **el duelo** ante la pérdida de familiares, compañeros o personas de referencia en su vida, apoyándoles en ese proceso. De hecho, aparece el miedo y **la incertidumbre sobre el futuro** (“¿Qué pasará cuando mis padres fallezcan?”).
- Finalmente, aumenta la importancia del **bienestar espiritual y emocional** en la última fase de la vida: satisfacción con la vida, autoconcepto, ausencia de estrés... En esta línea, se consideran relevantes las actividades de revisión de vida, basadas en la reminiscencia (como el proyecto REVISEP), los libros de vida, etc., en definitiva, herramientas que apoyen a cada persona en su proyecto de vida, donde se fomenten redes positivas de afecto.

Relaciones sociales:

- Preocupa el posible **empobrecimiento de las redes sociales**, el aislamiento, la pérdida de apoyos naturales y los consecuentes sentimientos de soledad. En este sentido, se considera necesario buscar espacios de encuentro donde compartir con otras personas necesidades y preocupaciones y, en definitiva, fomentar las relaciones sociales y la participación ciudadana.
- Además, se reivindica un **trato adecuado a su edad** (a pesar de ser adultos mayores, en muchas ocasiones se les sigue tratando como niños).

Bienestar material y recursos:

- Respecto al lugar de residencia, se resalta **la dificultad existente para que la persona pueda elegir su lugar de residencia** (de hecho, se detecta una falta de recursos para proyectos de vida en pareja). Estas dificultades son **mayores en el ámbito rural** (con cierta frecuencia carecen de recursos de vivienda adaptada donde reciban los apoyos necesarios y tienen que trasladarse a recursos que están lejos del entorno familiar).
- En ocasiones, las dificultades para que la persona sea atendida en su domicilio, conllevan un cambio de su hogar familiar a servicio residencial. En esta línea, parece mayoritaria la preferencia entre los profesionales por **viviendas tuteladas o miniresidencias** (frente a macroresidencias).
- Sigue existiendo un debate abierto entre la idoneidad de **recursos residenciales especializados** para pcdid frente a otros para personas mayores, así como lo positivo o no de que personas mayores y jóvenes con grandes necesidades de apoyo convivan juntas.
- Se señala la necesidad de realizar **mejoras y adaptaciones de las viviendas y los centros**, como salas de fisioterapia, salas de enfermería, salas multisensoriales... Asimismo, se habla de la necesidad de habitaciones individuales para enfermos crónicos o con cuidados paliativos. En definitiva, se reclama una valoración de la necesidad de apoyos técnicos que fomenten su autonomía.

FAMILIA

En general, los profesionales perciben nuevamente una **falta de formación, información y concienciación** sobre el proceso de envejecimiento de su familiar.

Más específicamente, han manifestado inquietud en las siguientes áreas:

Envejecimiento de los padres o familiares directos:

- Se sigue detectando la preocupación por el futuro de su familiar con discapacidad intelectual cuando ellos no estén (“¿Qué pasará cuando yo no esté?”)
- Aparecen **nuevos roles de cuidadores**: por un lado, los hermanos como “dobles cuidadores” (de sus padres y sus hermanos con discapacidad); por otro lado, en ocasiones la propia pcdid asume el rol de cuidador principal de sus padres (pudiendo acarrear en algunos casos la pérdida de plaza en la entidad).
- Se percibe **una reducción de los apoyos a las pcdid en su hogar**. Además, en algunos casos, cuando el progenitor tiene demencia o deterioro cognitivo, disminuye la colaboración entre la familia y los profesionales para apoyar a la persona (por ejemplo en temas como: higiene, medicación...).
- Existe un incremento de las demandas de apoyo en los **trámites asociados al envejecimiento propio y del familiar con di**, por ejemplo: información sobre testamentos, jubilación,...

Recursos:

- Se percibe **falta de recursos económicos** de la familia para cubrir las nuevas necesidades de apoyo fruto del envejecimiento, como por ejemplo: adaptación de la vivienda, necesidad de ayudas técnicas... Por estos motivos, en ocasiones, la persona se ve obligada a ir a una residencia.
- Existe preocupación porque algunas pcdid **renuncian a su plaza** en la entidad **para aportar recursos** en la economía familiar ante la falta de los mismos.

Salud:

- Preocupación por los **problemas de salud asociados al envejecimiento de sus familiares con discapacidad**, especialmente por el envejecimiento prematuro y el deterioro cognitivo. En este sentido, aparecen necesidades específicas, como el aumento apoyos técnicos, que tiene que asumir la familia y/o la entidad.
- Por ello, se considera relevante **informar con claridad e implicar a las familias** en el proceso de envejecimiento de sus familiares con discapacidad.
- Se detecta una posible mayor vulnerabilidad de las pcdid ante **problemas emocionales**, debido al cambio de tutor que se produce ante la pérdida de los progenitores. En esta línea, se valora el establecimiento **de redes de apoyo entre familias**.

Capacidad jurídica y tutela:

- Se percibe un **aumento de las demandas de información** sobre los servicios de la Fundación

Tutelar, así como una mayor preocupación por el proceso y los trámites para solicitar cambio de tutelas e incapacidad legal. Es prioritario establecer un vínculo de confianza con la familia, donde la comunicación sea la pieza clave.

- También se considera que están aumentando las **pretutelas** de forma preventiva.

ENTIDAD

En general, los profesionales consideran que hablar de envejecimiento en pcdid **supone un nuevo reto para las entidades**: ofrecer apoyo individualizado para que cada persona pueda realizar su proyecto de vida también en la vejez.

Más específicamente, han manifestado inquietud en las siguientes áreas:

Profesionales:

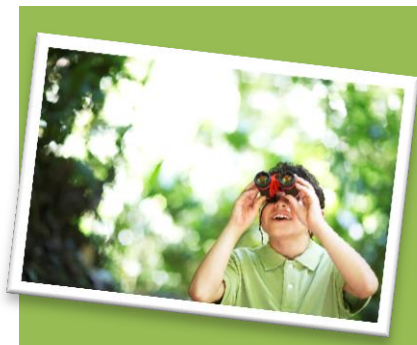
- Cobran especial importancia ciertas figuras de **profesionales especializados en salud**: médico, enfermero, neuropsicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dietista, etc.
- Asimismo, aumenta la relevancia de la figura del **asistente personal o profesional de referencia**, que acompaña en el proyecto de vida personal.
- Importancia de ofrecer **formación específica sobre el proceso de envejecimiento**, en especial a los profesionales de atención directa; de esta manera se podría realizar una detección temprana, y así poder intervenir de forma preventiva ante los primeros signos.
- Importancia de utilizar **nuevas metodologías y herramientas** (planificación personal por adelantado, herramientas basadas en la reminiscencia y revisión de vida como el REVISEP...) y **terapias alternativas y no farmacológicas** (terapia asistida con animales, musicoterapia, ecopsicología, estimulación multisensorial, hidroterapia...)

Instalaciones/Recursos:

- Aumenta la necesidad de **mejorar la accesibilidad física** y adaptar los espacios a las nuevas necesidades (mobiliario, ayudas técnicas...).
- Asimismo, incrementa la importancia de mejorar la **accesibilidad cognitiva**.
- De hecho, surge la reflexión y el debate sobre la creación de **centros especializados para personas mayores con discapacidad intelectual**: “¿es la mejor solución?”.

Organización interna:

- Aumenta la **necesidad de flexibilizar** y agilizar la adaptación de los espacios, reorganizar personal... ante los cambios y las nuevas necesidades de apoyo.
- Necesidad de **prever necesidades, de planificar los servicios en función de estas necesidades y anticipar apoyos** que necesitarán las personas en proceso de envejecimiento.



Disfrutar del tiempo libre con sus familiares o amigos a un ritmo acorde a su tiempo es una de las reflexiones más repetidas

ENTORNO

Las opiniones y percepciones de los profesionales pueden agruparse en dos grupos:

Administración. En general, se percibe la necesidad de que exista una **garantía pública del cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad intelectual**, promoviendo y respetando las prestaciones públicas. Además, debe establecerse una **colaboración estrecha** con la Administración.

1. **En relación con Servicios Sociales**, los profesionales han manifestado las siguientes necesidades:

- Preocupación por las implicaciones del nuevo modelo de atención de Servicios Sociales y FEAPS Castilla y León.
- Necesidad de aumentar los recursos económicos para poder ofrecer apoyos específicos y de calidad (por ejemplo, apoyos para que la persona en proceso de envejecimiento pueda desarrollar su proyecto de vida en su hogar si éste es su deseo, mayor ratio de profesionales en las entidades...)
- Necesidad de una mayor flexibilidad y rapidez de la administración para cambio de modalidad de plaza (por ejemplo, cuando en una persona aumentan las necesidades de apoyo debido a deterioro, enfermedad...)
- Promover y reivindicar apoyos para posibilitar prejubilaciones a los trabajadores de Centro Especial de Empleo.
- Necesidad de que exista un acceso igualitario a todos los recursos comunitarios e interés por los programas generales de mayores de la Junta de Castilla y León.

2. **En relación con Sanidad:**

- Se percibe una falta de formación y sensibilización de los profesionales sanitarios sobre la discapacidad intelectual y los cambios asociados al proceso de envejecimiento.
- Dificultad en accesibilidad, física y cognitiva, a los servicios sanitarios.
- Reflexión sobre las dificultades en la evaluación, el diagnóstico y la intervención por parte de los profesionales de Atención Primaria (necesidad de protocolos adaptados de atención, tiempos de consulta más adecuados, pautas para la comunicación con el paciente...).

- Dificultad para derivar a consultas de médicos especialistas y percepción de desigualdad en las revisiones periódicas, como por ejemplo: revisiones ginecológicas para mujeres, revisiones en urología, revisiones en salud bucodental...
- Preocupación porque en los Servicios de Urgencias no se tiene en cuenta al profesional que acompaña a la pcdid, los informes de la entidad... Además se observa una desigual atención según la provincia.
- Las largas listas de espera en las Unidades de Convalecencia es otro asunto que preocupa a los profesionales, así como las posibles implicaciones de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León.

Comunidad. Se destaca la necesidad de **fomentar las relaciones interpersonales** para evitar el aislamiento.

1. **Respecto al ocio**, se insiste en los siguientes apartados:

- Se percibe una falta de participación de las personas mayores en las actividades de ocio propuestas en las entidades. De hecho, se insiste en la falta de una propuesta de ocio adaptada y variada para personas mayores.
- En esta línea, se debate sobre la dificultad para encontrar el equilibrio entre, por un lado, fomentar las actividades de ocio intergeneracionales y, por otro lado, adaptar las actividades y los ritmos para las personas mayores sin que esto genere rechazo entre las personas mayores (cuando se realizan actividades conjuntas).
- Disminución del ocio familiar, debido al envejecimiento de la familia.
- En definitiva, los profesionales consideran que debe fomentarse el disfrute y accesibilidad de ocio en la comunidad para personas mayores, prestando los apoyos que cada persona necesita.

2. **Respecto a los recursos comunitarios:**

- Se percibe una falta de información sobre los recursos comunitarios ordinarios para personas mayores. De hecho, debería darse preferencia al uso de espacios y la realización de actividades comunitarias con población mayor (actividades en centros de mayores, excursiones del IMSERSO...)

Conclusiones



El incremento de la esperanza de vida en la población (con y sin discapacidad) está suponiendo nuevos desafíos a la sociedad. Las personas con discapacidad intelectual, al envejecer, presentan nuevas necesidades y precisan de recursos diferentes que, de no atenderse adecuadamente, podrían redundar en una doble vulnerabilidad (Informe SÉNECA): persona con discapacidad intelectual y envejecimiento.

Esto no implica únicamente a la propia persona mayor, sino que como se ha visto, también involucra a la familia, las entidades y el entorno (administración y comunidad).

1. Tras unir a 170 profesionales y sintetizar sus opiniones sobre las necesidades e inquietudes respecto a esta temática, podemos concluir en primer lugar que existe una necesidad manifiesta de **formación, información y concienciación** sobre este proceso de envejecimiento. Esta demanda se hace patente respecto a las propias **personas con discapacidad**, pero también para con las familias, así como con los profesionales y la administración.
2. La **SALUD** es uno de los temas prioritarios a abordar. En este sentido, para poder prestar un apoyo adecuado a las nuevas necesidades de la persona, es importante **estar alerta a los primeros signos de problemas de salud**: en ocasiones, pueden aparecer problemas de comportamiento (pérdida de apetito, comportamientos agresivos, irritabilidad, alteraciones del sueño...) derivados de dificultades comunicativas, o del dolor o malestar físico o psicológico; otras veces, aparecen descensos en las capacidades de razonamiento y memoria que pueden indicar algún tipo de demencia, Alzheimer o de trastorno mental (depresión,...).

Asimismo, es fundamental poder diferenciar los procesos propios de la vejez de otras patologías y, para ello, lo deseable es realizar **reconocimientos médicos periódicos**. También periódicos y frecuentes deben ser las revisiones de los diagnósticos, especialmente cuando suponen la administración de **psicofármacos**. Es general, existe una preocupación manifiesta por el posible uso abusivo de fármacos, así como por las posibles interacciones entre ellos, los efectos secundarios, la adherencia al tratamiento, etc. Estos psicofármacos en ocasiones facilitan una adaptación social adecuada (al disminuir los problemas conductuales), pero pueden presentar numerosas contraindicaciones e importantes efectos secundarios (Berjano y García, 2009).

Por otro lado, se considera prioritaria la promoción de **programas preventivos de salud** (nutrición, salud buco-dental, cuidado de los pies,...), así como el fomento de **hábitos de vida saludables**: dieta equilibrada, evitar el sedentarismo, realizar algún tipo de actividad física, respetar las horas de sueño, establecer un equilibrio entre actividad y descanso, evitar la deshidratación mediante la ingesta de líquidos, reducir o eliminar el consumo de alcohol y tabaco...

Finalmente, deben prevenirse **las caídas accidentales**, las cuales suelen incrementarse progresivamente con la edad (Berjano y García, 2009) y no olvidar los **cambios posturales** con personas con dificultades de movilidad ni otras cuestiones como la necesidad de adaptar el **alimento** a su capacidad de masticación y deglución.

Todo ello requiere una **visión interdisciplinar de la atención sanitaria**, contando con **protocolos** de salud que impliquen a diversas figuras profesionales sanitarias (médico, enfermero, neuropsicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dietista, etc.). Estos **profesionales** deben estar concienciados, sensibilizados, informados y formados sobre la discapacidad intelectual.

En definitiva, es clave fomentar y promover un estado de salud general óptimo, dado que ello redundará en su calidad de vida, puesto que precisamente es uno de los aspectos que más preocupa a las propias pcdi en proceso de envejecimiento (Aguado *et al.*, 2010). De hecho, se considera que existe relación entre la posibilidad de un envejecimiento precoz y prematuro y la falta de programas de promoción de la salud, unido al reducido acceso a los servicios sanitarios y la baja calidad de **la atención sanitaria y social** (en la línea de lo señalado en el Informe SÉNECA).

3. Por otro lado, la necesidad de instrumentos específicos de diagnóstico también hace referencia a los **ASPECTOS COGNITIVOS**, dado que es bastante complejo en ocasiones **delimitar qué parte del deterioro cognitivo** se produce como consecuencia del envejecimiento, por lo que habrá que prestar atención a los cambios que se constatan respecto a sus capacidades habituales. En este sentido, es deseable llevar a cabo **programas de estimulación cognitiva**, de la memoria, de la atención, concentración y coordinación, **respetar los tiempos** que la persona necesite para tomar decisiones, facilitar la **orientación** y ubicación en los espacios, así como la discriminación de las personas, simplificar los mensajes, mejorar la **accesibilidad** física y cognitiva, y apoyarlos con **sistemas de comunicación** alternativos y aumentativos.

Debe trabajarse también la capacidad de **autodeterminación y autogobierno**; tal como señala Elorriaga (ver Berjano y García, 2009), ambas son cuestiones claves para la vida independiente, son conceptos diferentes pero indisolublemente unidos.

4. Los **ASPECTOS EMOCIONALES Y PSICO-SOCIALES** también son prioritarios en la población con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento. Las variaciones en la situación laboral, jubilación, junto con la pérdida de habilidades, pueden acarrear un impacto psicosocial en la vida de las pcdid, pudiendo derivar en problemas de autoestima y la aparición de síntomas depresivos, unido asimismo a la posible pérdida de relaciones sociales e interpersonales (Berjano y García, 2009).

Por tanto, es importante que las personas se mantengan **activas**, se sientan útiles y se cuide su **autoestima**, especialmente según van disminuyendo o viéndose alteradas sus capacidades. Asimismo, debe cuidarse que dispongan de **relaciones sociales** suficientes y de calidad, para prevenir el aislamiento y los sentimientos de soledad.

Asimismo, hay que preparar a la persona con discapacidad intelectual para que pase y supere los procesos de **duelo** ante la pérdida de seres queridos y compañeros, afrontando asimismo los sentimientos de miedo que pueden aparecer ante la propia muerte. Para ello debe favorecerse un clima comunicativo de confianza y afecto.

5. Todos estos aspectos, sin ninguna duda, influyen en la dinámica de las **FAMILIAS**. La familia a la que pertenece la pcdid que está en proceso de envejecimiento también necesita adaptarse a los cambios que van surgiendo.

Un aspecto a considerar es que **la familia también va envejeciendo**, los padres no van teniendo la misma fuerza para cuidar a sus hijos (son personas mayores cuidando de personas mayores). Sin olvidar que este envejecimiento familiar también repercute en una disminución de las actividades de ocio en el seno de la familia. Además, en ocasiones, la propia persona con discapacidad intelectual se está convirtiendo en la cuidadora de sus padres (Berjano y García, 2009).

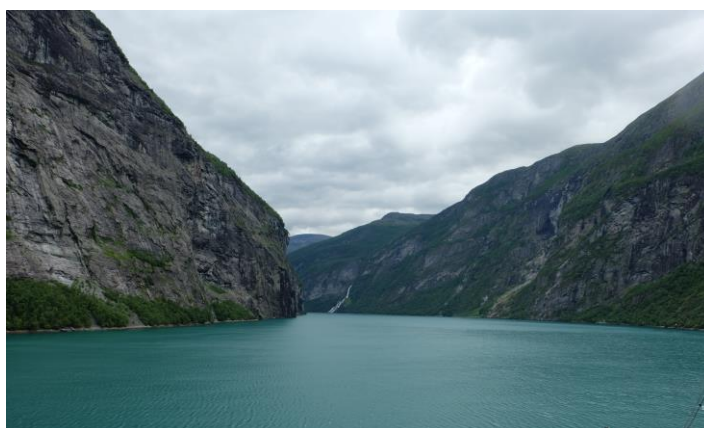
Finalmente, tanto en la persona como en su familia, aumenta la preocupación por temas como la tutela, el lugar donde vivirá la persona, patrimonio protegido, la necesidad de recursos para hacer frente a las ayudas técnicas, etc. Esto conlleva la necesidad de recibir una información y asesoramiento adecuado, fiable y oportuno.

6. Por su parte, el **ENTORNO** de la persona con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento no es ajeno a este proceso. Tanto la Administración como la Comunidad forman parte de esta dinámica y deben dar respuesta a las nuevas necesidades de las personas y sus familias. **La inclusión en la comunidad** es un aspecto relevante, debiéndose facilitar las actividades de ocio y el acceso a los recursos comunitarios.

Por su parte, la Administración debe garantizar el cumplimiento de los derechos de las persona con discapacidad intelectual. De hecho, mientras que en la población general los servicios sociosanitarios para personas en proceso de envejecimiento están bien delimitadas, las pcdid que envejecen frecuentemente cuentan con escasos recursos para ser atendidas adecuadamente (Berjano y García, 2009). En esta línea, la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios es prioritaria.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aguado, A.L., Alcedo, M.A., Rozada, C., González, M., Real, S. y Fontanil, Y. (2010). Calidad de vida y necesidades percibidas de las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento en Castilla y León: Avance de Resultados". En Verdugo, M.A. et al. (Eds.). *Aplicación del paradigma de calidad de vida. VII Seminario de actualización metodológica en investigación sobre discapacidad* (pp. 117-135). Salamanca: INICO
- Berjano, E.; García, E. (2009): *Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI*. Madrid: Colección FEAPS.
- Navas, P.; Uhlmann S.; Berástegui, A. (2015) *Envejecimiento activo y discapacidad intelectual*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Novell, R., Nadal, M., Smilges, A., Pascual, J. y Pujol, J. (2008). *Informe SENECA. Envejecimiento y discapacidad Intelectual en Cataluña 2000-2008*. APPS, Miembro de FEAPS.
- Verdugo, M.A.; Canal, R.; Jenaro, C.; Badia, M. Aguado, A.L. (2012) *Aplicación del paradigma de calidad de vida a la intervención con personas con discapacidad desde una perspectiva integral*. Salamanca: INICO
- VVAA (2014). *Envejecimiento y discapacidad intelectual*. Monografías FEVAS, nº1.
- VVAA (2007). Envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual. *Boletín IMSERSO. Perfiles y tendencias, nº 26*.
- VVAA (2006). *Las personas con necesidades de apoyo generalizado: guía de identificación de indicios de envejecimiento y orientaciones para la determinación de apoyos*. Cuadernos de Atención de Día. FEAPS Madrid.
- VVAA (2004). *Envejecer... ¡Todo un logro! Guía de orientación familiar sobre el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual*. FEAPS Comunidad Valenciana.
- VVAA (s.d.). *Guía de indicadores y recomendaciones. Personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento*. FEAPS Aragón.



*“Envejecer es como escalar una gran montaña;
mientras se sube las fuerzas disminuyen,
pero la mirada es más libre,
la vista más amplia y serena”*

Ingmar Bergman

Programa de Apoyo al Envejecimiento Activo
de las personas con discapacidad intelectual.

FEAPS Castilla y León

Pº Hospital Militar, 40 local 34 47006 Valladolid

Tlfno. 983 320 116 Fax 983 258 965

feapscyl@feapscyl.org www.feapscyl.org

Con la colaboración:

