



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2018-2019

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Estudio exploratorio de programas de
envejecimiento activo para personas con
discapacidad intelectual**

Lucila Mendoza Canosa

Junio 2019

DIRECTORAS:

- Betania Groba González. Terapeuta Ocupacional. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidade da Coruña.
- Nereida María Canosa Domínguez. Terapeuta Ocupacional. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidade da Coruña.

ÍNDICE

1. Introducción	10
1.1. Contextualización	10
1.2. Concepto de envejecimiento activo	11
1.3. Envejecimiento en personas con discapacidad intelectual.....	13
1.4. Terapia ocupacional en la población mayor con discapacidad intelectual	16
2. Objetivos	18
2.1. Objetivo general	18
2.2. Objetivos específicos	18
3. Metodología	19
3.1. Tipo de estudio	19
3.2. Técnica de recogida de datos	19
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	20
3.4. Variables del estudio	20
3.5. Análisis de datos	21
3.6. Aplicabilidad del estudio	21
4. Resultados	22
4.1. Variables de estudio.....	22
4.1.1. Año de publicación del programa.	22
4.1.2. Tipo de autoría de los programas	23
4.1.3. País de publicación de los programas	24
4.1.4. Población a la que se dirige cada programa.....	25
4.1.5. Principal dimensión abordada en los programas	26
4.1.6. Ocupaciones trabajadas en los programas.....	27

4.1.7. Evaluación de los programas.....	28
4.1.8. Resultados de los programas	28
5. Discusión	30
6. Conclusiones	33
7. Agradecimientos	34
8. Bibliografía	35
9. Apéndices	41
Apéndice I: Listado de acrónimos	41
Apéndice II: Estrategia de búsqueda.....	42
Apéndice III: Programas de envejecimiento activo	44

Título. Estudio exploratorio de programas de envejecimiento activo para personas con discapacidad intelectual.

Título abreviado. Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual.

Resumen.

Introducción: Las personas con discapacidad intelectual pueden precisar apoyos en la vida diaria para favorecer su participación. Actualmente, un número importante de estas personas se encuentran en proceso de envejecimiento, localizándose diferencias significativas en este proceso al compararse con población típica. Existe escasa evidencia del desarrollo de programas de envejecimiento activo para esta población.

Objetivo: Conocer y analizar los programas de envejecimiento activo existentes para la población con discapacidad intelectual.

Metodología: Se plantea un estudio exploratorio de tipo documental. El objeto de estudio son los programas de envejecimiento activo para personas con discapacidad intelectual. Se analizan variables cualitativas para posteriormente realizar un análisis basado en frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se han seleccionado 42 programas. Los años de mayor publicación oscilan entre el 2006 y el 2014 y son las asociaciones, fundaciones y/o entidades las que más programas de envejecimiento activo para personas con discapacidad intelectual producen. Destaca la falta de métodos de evaluación de los programas y, por consiguiente, los resultados obtenidos son escasos.

Conclusión: Existe de escasa evidencia científica en relación a los programas de envejecimiento activo para personas con discapacidad intelectual. Las asociaciones y entidades están realizando una importante labor y produciendo numerosos programas. Resulta importante seguir investigando en este campo.

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

Palabras clave: Discapacidad Intelectual, Terapia Ocupacional, Envejecimiento Activo, Programas.

Tipo de trabajo: trabajo de investigación.

Title. Exploratory study of active aging programs for people with intellectual disability.

Abbreviated title. Active aging programs on people with intellectual disability.

Abstract.

Introduction: People with intellectual disability need supports on their daily life due to the difficulties they show. Nowadays, a big number of these people are on an aging process, finding significant differences in this process if we compare with the common population. It exists rare evidence of the development of active aging programs for this population.

Objectives: Knowing and analysing the existing active aging programs for the population with intellectual disability.

Methodology: It is set out an exploratory study of documental type. The object of study are the active aging programs for people with intellectual disability. Qualitative variables are analysed for later make an analysis based on frequencies and percentages.

Results: 42 programs have been selected. The years of largest publication oscillate between 2006 and 2014 and the associations, foundations and/or entities are the ones that more active aging programs for people with intellectual disability produce. It is important the lack of evaluation methods of the programs and so, the obtained results are limited.

Conclusion: Existence of rare scientific evidence in relation to the active aging programs for people with intellectual disability. Associations and entities are making an important work and producing many programs. Importance on continuing researching in this field.

Keywords: intellectual disability, Occupational Therapy, active aging, programs.

Type of work: research work

Título. Estudio exploratorio de programas de envejecimiento activo para persoas con discapacidade intelectual.

Título abreviado. Programas de envejecimiento activo en persoas con discapacidade intelectual.

Resumo.

Introdución: As persoas con discapacidade intelectual poden precisar apoios na vida diaria para favorecer a súa participación. Actualmente, un número importante destas persoas atópase nun proceso de envejecemento, atopándose diferencias significativas neste proceso ao compararse coa poboación típica. Existe escasa evidencia do desenvolvemento de programas de envejecemento activo para esta poboación.

Obxectivos: Coñecer e analizar os programas de envejecemento activo existentes para a poboación con discapacidade intelectual.

Metodoloxía: Proponse un estudo exploratorio de tipo documental. O obxecto de estudo son os programas de envejecemento activo para persoas con discapacidade intelectual. Analízanse variables cualitativas para posteriormente realizar unha análise baseada en frecuencias e porcentaxes.

Resultados: Seleccionáronse 42 programas. Os anos de maior publicación oscilan entre o 2006 e o 2014 e son as asociacións, fundacións e/ou entidades as que máis programas de envejecemento activo para persoas con discapacidade intelectual producen. Destaca a falta de métodos de avaliación dos programas e polo tanto os resultados obtidos son escasos.

Conclusión: Existencia de escasa evidencia científica en relación aos programas de envejecemento activo para persoas con discapacidade intelectual. As asociacións e entidades están a realizar unha importante labor e producindo numerosos programas. Importancia de seguir investigando este campo.

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

Palabras clave: discapacidad intelectual, Terapia Ocupacional, envejecimiento activo, programas.

Tipo de trabajo: trabajo de investigación.

1. Introducción

1.1. Contextualización

El concepto de Discapacidad Intelectual (DI)¹ ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. La Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), es la responsable en su décimo primera edición de sustituir el término de retraso mental por el de DI. Esta asociación indica que “la DI se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas”¹.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)², perteneciente a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), agrupa en su 5ª versión los criterios diagnósticos para determinar si una persona presenta DI de la siguiente manera:

- “Deficiencias en las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia”².
- “Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social”².
- “Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo”².

En el año 2002 la AAIDD propone un nuevo modelo multidimensional que cuenta con cinco dimensiones: habilidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, interacciones y roles sociales, salud y contexto. Todas ellas abarcan diferentes aspectos de la persona y del ambiente con el objetivo de mejorar los apoyos que permitan a su vez un mejor funcionamiento individual³.

¹ En el Apéndice I se recoge el listado de abreviaturas.

Las personas con DI presentan limitaciones en la conducta adaptativa, entendiendo esta como “el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en la vida diaria”¹. Según Verdugo MÁ, “las limitaciones en la conducta adaptativa afectan tanto a la vida diaria como a la habilidad para responder a los cambios en la vida y demandas ambientales”³

Resulta evidente el drástico cambio que se ha producido en las últimas décadas con respecto a esta población. Se ha avanzado hacia un paradigma centrado en la persona, en la provisión de apoyos para una vida independiente y en la importancia del contexto para una participación plena. Asimismo, el énfasis no radica exclusivamente en las medidas de coeficiente intelectual, sino que el funcionamiento en la vida diaria se erige como un elemento central de los servicios.

Por ello, los apoyos personalizados son muy importantes en la población con DI ya que sirven de estrategias para mejorar la independencia, la autonomía personal y la calidad de vida (CV) de esta población.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) recoge, en su Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad, a fecha del 31 de diciembre de 2016, que se han valorado a 4.563.749 personas con discapacidad. De todas ellas, 3.378.622 presentan una discapacidad superior al 33% y entre ellas, se encuentra un total de 277.472 personas con DI⁴. Hay que tener en cuenta que estos datos sólo hacen referencia a la población que ha sido valorada y que, probablemente, existan muchas más con algún tipo de discapacidad que estas estadísticas no muestran.

1.2. Concepto de envejecimiento activo

El IMSERSO define envejecimiento como “el proceso vital y dinámico en el que se va ganando edad con implicaciones multidimensionales, especialmente biológicas, sociológicas y culturales”⁵.

Generalmente es la edad de 65 años la conocida y aceptada para marcar

el inicio de la vejez, teniendo en cuenta para ello la fecha de nacimiento de cada persona. A pesar de ello, existen controversias acerca de si dicha edad es la más adecuada debido al aumento de la esperanza de vida⁶.

En toda la comunidad europea, se puede apreciar un significativo cambio demográfico que se ha traducido en un envejecimiento importante de la población. Esta situación se debe principalmente a una disminución de las tasas de natalidad y a un aumento de la esperanza de vida⁷.

A partir de datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INE), se ha elaborado la Tabla I en la que se puede observar la esperanza de vida en el año 2017 en España⁸.

Tabla I. Esperanza de vida 2017 en España. Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del INE⁸.

	Esperanza de vida (en años) España 2017
Hombres	80,37
Mujeres	85,73
Ambos sexos	83,09

El INE define esperanza de vida como “el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse un patrón de mortalidad por edad (tasas de mortalidad a cada edad) actualmente observado”⁹. Existen nuevos umbrales móviles para conocer cuál es el inicio de la vejez basados en la esperanza de vida conocidos como “edad prospectiva”. En relación a este criterio, “la vejez empieza cuando la gente tiene una edad en la que su esperanza de vida, o vida restante, es de 15 años”¹⁰. Esta edad es útil para que la persona pueda centrarse en el tiempo restante que le queda y realizar todas las actividades que desee y le produzcan satisfacción personal¹⁰.

Según datos obtenidos del INE, en los últimos 10 años la población española ha crecido de forma exponencial, pasando de unos 39.299.999 habitantes en el año 1998 a unos 46.770.001 en el año 2018¹¹.

El Envejecimiento Activo (EA) es un término contemplado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2002 con el fin de conocer cuáles son los factores que influyen en el proceso de envejecimiento de individuos y poblaciones¹². Esta organización define dicho concepto como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que tiene como fin mejorar la calidad de vida (CV) de las personas a medida que envejecen”¹³.

El año 2012 ha sido el año Europeo del EA y de la Solidaridad Intergeneracional, creado con la finalidad de reflexionar sobre el hecho de que las personas vivan más y con mayor salud que en épocas anteriores¹⁴.

Se identifican como principios clave de la filosofía del EA: la salud, la participación, la seguridad y el aprendizaje continuo a lo largo de la vida”¹⁵.

De esta forma, el EA promueve que las personas puedan seguir formando una parte activa de la sociedad y vivir de la forma más satisfactoria posible¹⁶; “tratando de brindar espacios, tiempos y situaciones en los que las personas mayores puedan enriquecerse, aportar, aprender y capacitarse”¹⁷.

1.3. Envejecimiento en personas con discapacidad intelectual

Como ya se ha mencionado anteriormente, España cuenta actualmente con una población envejecida. La población con DI también presenta un envejecimiento debido al aumento de la esperanza de vida que, exceptuando a personas con Síndrome de Down, cuentan una esperanza de vida creciente similar a la de las personas sin discapacidad¹⁸.

El INE ofrece datos en relación al elevado número de personas mayores con discapacidad en el año 2018 en comparación al resto de grupos de edad¹⁹. Se puede observar en la Tabla II un incremento de personas con discapacidad entre los 45 y 69 años con respecto al resto de edades. Actualmente, el número de personas con discapacidad es muy superior al de años atrás debido al aumento de la esperanza de vida de la población¹⁹.

Tabla II. Número de personas con discapacidad en España en el año 2008. (Tasas por 1.000 habitantes de 6 y más años). Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del INE.

Grupo de edad	Mujeres	Hombres
6-15	13,4	23,1
16-24	12,7	19,8
45-54	73,2	39,4
55-64	128,5	97,10
65-69	169,9	139,9

El envejecimiento se puede observar de forma precoz en las personas con DI si se compara con sus iguales sin discapacidad. Por este motivo, la edad reconocida y aceptada como inicio del envejecimiento suele darse veinte años antes que, en la población sin discapacidad, es decir, alrededor de los 45-50 años¹⁸.

Es importante destacar que todas las personas mayores con DI, además de presentar los cambios biológicos y riesgos asociados al aumento de la edad (síndromes geriátricos), hay que sumar otros intrínsecos a la propia discapacidad. Estas personas presentan con mayor frecuencia algunas complicaciones del estado de salud como pueden ser afecciones cardíacas, disfunciones tiroideas, anomalías del tracto gastrointestinal, apnea del sueño, diabetes y/o obesidad¹¹.

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad en su artículo 25 recoge que “los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad”²⁰. A pesar de ello y teniendo en cuenta que la población mayor con discapacidad presenta una alta incidencia de enfermedades, según Rafanell A, estas personas suelen contar con una asistencia sanitaria precaria que hace que en muchas ocasiones no se puedan diagnosticar las enfermedades precozmente y por lo tanto, no se traten de forma adecuada²¹. El Informe Mundial sobre la Discapacidad hace referencia a esta situación, afirmando que, por diferentes motivos, “las personas con discapacidad tienen mayores barreras para acceder a la sanidad que el resto de la población”²².

Las personas a lo largo del proceso de envejecimiento pueden presentar una serie de restricciones que dificultan la participación en sus actividades de la vida diaria (AVD). En el caso de las personas con DI es preciso tener en consideración que su proceso de envejecimiento es prematuro²¹, por lo que es necesario que se empiece a intervenir previamente con el fin de promocionar la salud.

En este sentido, es importante señalar que existen algunos programas de EA en los que algunos autores, entre los que se encuentran Limón M y Ortega M, demuestran una mejora en la CV de las personas²³.

En relación a este último concepto, la CV puede ser definida como “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”²⁴. Según Schalock R y Verdugo MÁ “la CV se utiliza cada vez más en el campo de la DI como marco para el desarrollo de servicios y la evaluación de resultados personales”²⁵. Estos mismos autores plantean el modelo de “las ocho dimensiones de calidad de vida”. Según este modelo se contemplan las siguientes dimensiones que constituyen una vida de calidad en todas las personas²⁶:

- Bienestar emocional: esta dimensión puede definirse “a partir de aspectos como satisfacción, autoconcepto o la ausencia de estrés”¹².
- Relaciones interpersonales: se entiende esta dimensión como “el establecimiento de apoyos naturales que faciliten la inclusión en la comunidad” de todas aquellas personas con DI, que puedan forjar relaciones de amistad y formar parte activa de la sociedad¹².
- Bienestar material: hace referencia al derecho de las personas con DI de disfrutar de las mejores condiciones posibles en relación a vivir de forma independiente, al trabajo y al empleo, a tener un nivel de vida adecuado y a la protección social¹².

- Desarrollo personal: esta dimensión puede ser medida a través de “indicadores como: educación, competencia personal y desempeño”¹².
- Bienestar físico. esta dimensión puede ser definida a partir de aspectos como “tener buena salud, sentirse en buena forma física o tener hábitos de alimentación saludables”¹².
- Autodeterminación: Este concepto se entiende como “un proceso a través del cual una persona se convierte en el principal agente causal de su vida, libre de influencias externas o interferencias”¹².
- Inclusión social: derecho de las personas con DI de poder vivir en comunidad de igual manera que sus iguales sin discapacidad¹².
- Derechos: esta dimensión hace referencia a la no vulneración de los derechos de las personas con DI¹².

1.4. Terapia ocupacional en la población mayor con discapacidad intelectual

Durante el proceso de envejecimiento natural de las personas, las ocupaciones pueden verse comprometidas. El Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (TO): Dominio y Proceso²⁷ recoge diferentes definiciones de ocupación. Law M, Polatajko H, Baptiste W y Townsed E definen dicho término como “todas las actividades de la vida diaria, nombradas, organizadas y a las que se les da un valor y significado por los individuos y la cultura”²⁸.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, World Federation of Occupational Therapists (WFOT), en su Declaración de Posición sobre los Derechos Humanos afirma que “todas las personas tienen derecho a recibir apoyo para participar en la ocupación y, a través de esa participación, ser incluidas y valoradas como miembros de su familia, comunidad y sociedad”²⁹. Por este motivo resulta imprescindible que la población mayor pueda beneficiarse de programas de EA que garanticen la participación en

una serie de ocupaciones que permitan aumentar su nivel de satisfacción dentro de su comunidad²⁹.

La WFOT hace referencia a que los terapeutas ocupacionales son los profesionales que “tienen los conocimientos y habilidades necesarias para apoyar a las personas que experimentan limitaciones o barreras a la participación en la ocupación”²⁹. Por ello, se puede decir que la TO está fuertemente relacionada con el EA “al tratarse de una profesión que optimiza los recursos existentes en el propio individuo y en su entorno, canalizando sus capacidades e intereses y proporcionando estrategias para mejorar sus posibilidades de participación”³⁰.

Asimismo, los terapeutas ocupacionales pueden desempeñar su labor en aquellos centros destinados a personas con DI en proceso de envejecimiento, con el fin de mejorar a través de los programas de EA “las condiciones de salud, previniendo situaciones de dependencia y promoviendo su nivel de independencia, a originar nuevas oportunidades de participación y de ejercicio de los derechos individuales, favoreciendo con ello la autonomía de la persona”¹⁷.

Galicia es una comunidad formada en su gran mayoría por entornos rurales en los cuales los servicios de TO no se distribuyen de igual forma. Por ello, resulta necesario revisar la existencia de programas que sigan la filosofía de EA para personas con DI.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es conocer y analizar los programas de envejecimiento activo existentes para la población con discapacidad intelectual.

2.2. Objetivos específicos

- Conocer la tipología de los programas de intervención centrados en el EA para la población con DI.
- Explorar aspectos de los programas de envejecimiento activo para personas con DI, vinculados con la aplicabilidad e implementación en servicios para esta población.
- Indagar sobre la vinculación de estos programas con la práctica de TO con personas con DI.

3. Metodología

3.1. Tipo de estudio

En este trabajo de investigación se ha llevado a cabo un estudio exploratorio³¹ descriptivo de tipo documental. Estos estudios tienen como objetivo “examinar un tema o problema de investigación poco estudiado”³¹ en un momento en concreto. Este tipo de estudio se considera adecuado ya que no se ha obtenido evidencia en la búsqueda de la literatura existente (Apéndice II). Se han empleado fuentes documentales (programas de EA) para la realización del trabajo ya que se consideraron adecuadas para acceder a la información de estudio.

3.2. Técnica de recogida de datos

Para recopilar los datos, se ha empleado la técnica documental. Esta se realizó durante los meses de febrero y marzo de 2019.

Todas las fuentes documentales de este trabajo son programas de EA para personas con DI. Para ello, primero se realizaron dos búsquedas en diferentes bases de datos y repositorios (Apéndice II). En la primera búsqueda se utilizaron los términos: “discapacidad intelectual”, “envejecimiento activo” y “Terapia Ocupacional”; en la segunda se emplearon los términos: “discapacidad intelectual” y “envejecimiento activo”, combinando todos ellos con el operador booleano AND. Al no obtener bibliografía al respecto, se procedió a realizar una búsqueda manual de programas de EA para personas con DI obteniendo un total de 42 programas que cumplen los criterios de inclusión.

Una vez identificado todos los programas, se accedió a cada una de sus páginas webs oficiales, a través de las cuales se ha obtenido toda la información en relación a las variables de estudio.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, se presentan aquellos criterios de inclusión y exclusión aplicados a la hora de realizar el presente trabajo:

- Criterios de inclusión:

- Programas de EA para personas con DI que cumplan con los principios de esta filosofía.

- Criterios de exclusión:

- Todos aquellos programas previos al año 2002 por ser este el año en el que la OMS define EA.

Se han excluido todos aquellos programas previos a esta fecha por estar enmarcados dentro del envejecimiento saludable y no cumplir con la filosofía de EA.

3.4. Variables del estudio

En esta fase se definen todas aquellas variables a analizar en este estudio:

-Año: hace referencia al año de publicación de los diferentes programas de E.A. que forman parte del estudio.

-Tipo de autoría: aspecto que define el tipo de autor que presenta cada programa. El tipo de autoría se ha clasificado en Universidades, Ministerios de Sanidad, Colegios Profesionales o asociaciones, entidades y/o fundaciones.

-País: se refiere al lugar de publicación de los programas.

-Población: alude a los destinatarios a los que se dirige cada programa.

-Dimensión de CV: concepto que hace referencia a la dimensión de CV de Schalock y Verdugo²⁶ principal que se trabaja en cada programa, estas pueden ser: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

-Ocupación: se refiere al tipo de ocupaciones que se relacionan con cada programa. Para ello se emplean como referencia las áreas ocupacionales según la tercera edición del Marco de Trabajo para la práctica de la TO: Dominio y Proceso²⁷: AVD, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), Descanso y sueño, Educación, Trabajo, Juego, Ocio y Participación Social.

-Evaluación: se refiere a las técnicas de medida de resultados que se han empleado a la hora de valorar la eficacia de cada programa.

-Resultados del programa: hace referencia a las evidencias sobre el impacto de los programas en la población participante.

3.5. Análisis de datos

Las variables de estudio se analizaron basándose en la estadística descriptiva. Ésta se ha seleccionado ya que permite describir los datos obtenidos en relación a cada variable de forma visual a través del uso de diversas gráficas. Para ello, se describirá el número absoluto y porcentajes de las diferentes variables cualitativas de estos programas.

Los cálculos y gráficos que se incluyen en los resultados de este estudio se han realizado mediante el programa Microsoft Excell 365.

3.6. Aplicabilidad del estudio

Este estudio surge en el contexto de las Estancias Prácticas VII del Grado en Terapia Ocupacional, que fueron realizadas por la alumna en un centro de atención a personas con DI de la provincia de A Coruña.

El centro ofrece servicios para población con DI a lo largo del ciclo vital. En los últimos años, se ha realizado un cambio hacia la atención centrada en la persona. En este proceso la organización ha identificado como uno de los retos de futuro el diseño y desarrollo de un programa de envejecimiento activo para esta población en respuesta al proceso de envejecimiento de los/as usuarios/as de sus servicios y de sus familias.

En este contexto, los resultados del presente estudio tendrán una aplicabilidad inmediata en esta organización. En concreto, permitirán profundizar en las dimensiones del EA y se emplearán como base para el desarrollo de un programa de EA para personas con DI en el contexto gallego.

4. Resultados

A continuación, se exponen los resultados del estudio y para ello se estructuran los datos obtenidos en función de las variables de estudio:

- Nombre del programa.
- Autoría.
- Año.
- País.
- Objetivo del programa.
- Población a la que se dirige.
- Dimensiones de CV.
- Ocupaciones.
- Evaluación.
- Resultados.

Asimismo, se ha realizado una tabla resumen con cada uno de los programas analizados y sus características, que se puede consultar en el Apéndice III.

4.1. Variables de estudio.

4.1.1. Año de publicación del programa.

Los programas seleccionados se encuentran entre los años 2002 y 2018, formando un total de 42 programas (ver Figura 1). Los años de mayor producción de los programas se encuentran entre el 2006 (n=4) formando

varios picos oscilantes hasta el año 2014 (n=6), siendo este último año (2014) en él que se encuentra el pico más pronunciado. En los últimos años existe una baja producción de programas, algo que podemos observar que está empezando a cambiar ya que en el año 2018 (n=3) la producción se ha visto elevada con respecto a años anteriores.

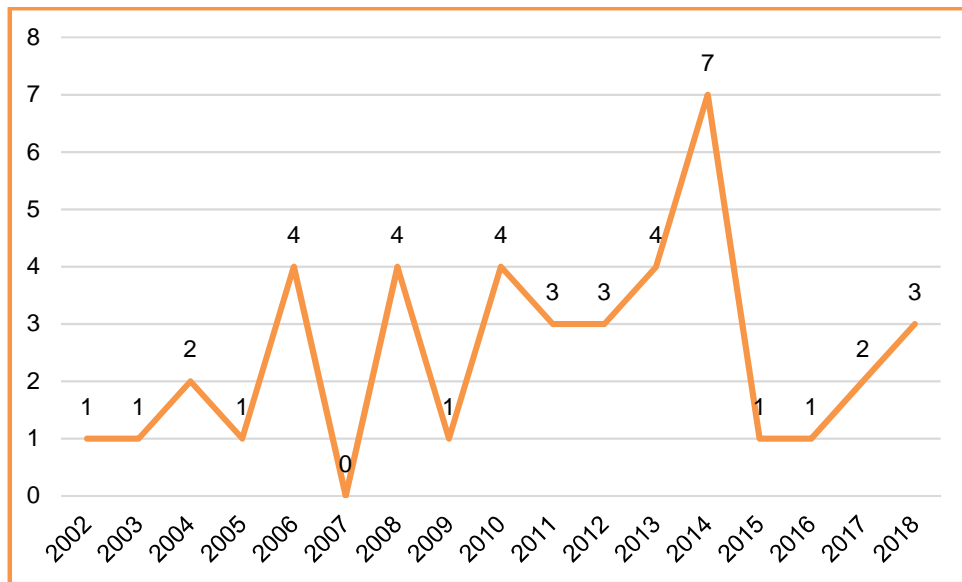


Figura 1. Año de publicación del programa.

4.1.2. Tipo de autoría de los programas

El 90,48% (n=38) de los programas han sido creados por asociaciones, entidades o fundaciones, un porcentaje destacable con respecto a los demás tipos de autoría. El tipo de autoría de los programas se reflejan en la Figura 2.

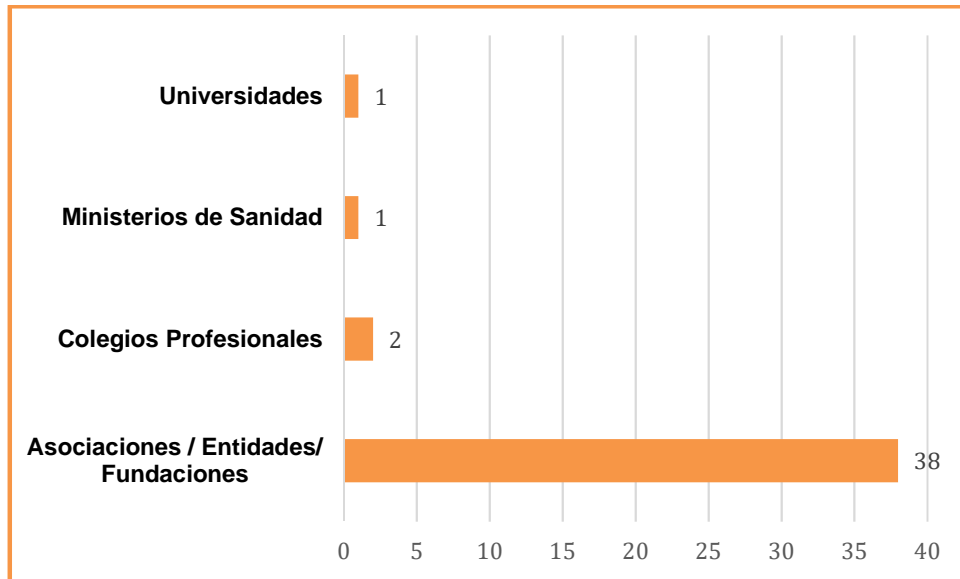


Figura 2. Tipo de autoría de los programas.

4.1.3. País de publicación de los programas

Resulta llamativo que el 50% de los programas se hayan publicado en España (n=21), seguido de Reino Unido con un 21,43% (n=9). El resto de países, todos ellos de habla inglesa, cuenta con una producción más reducida en cuanto a programas de E.A, siendo Nueva Zelanda (n=1) y Australia (n=1) los que se encuentran en último lugar, con un 2,38%. Los diferentes países se pueden ver en la Figura 3.

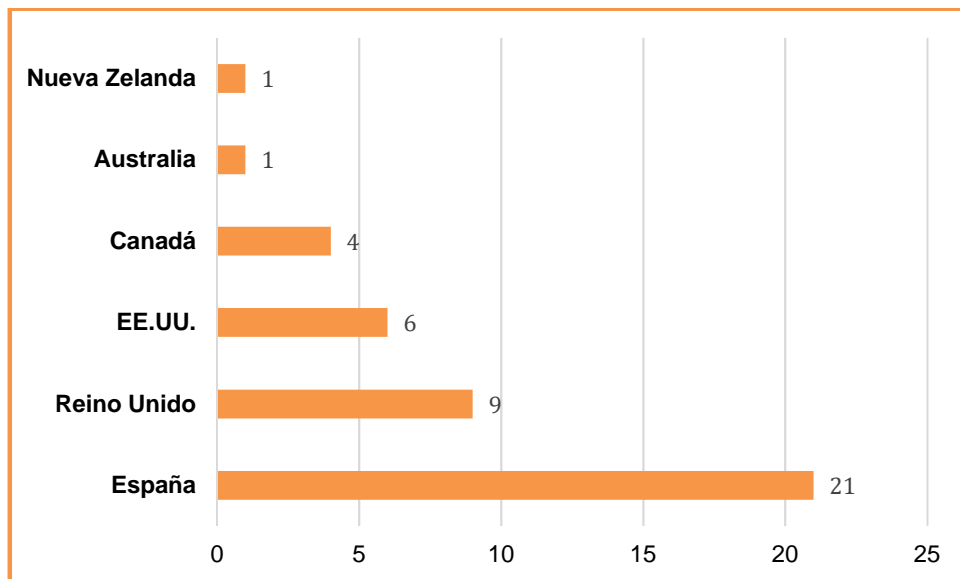


Figura 3. País de publicación de los programas.

4.1.4. Población a la que se dirige cada programa

El 53,95% de los programas se dirigen a un público con D.I. destacando aquellos que se enfocan a todo el ciclo vital de las personas, encontrándose estos con un porcentaje de un 45,45% (n=20) (ver Figura 4). Este es un dato interesante teniendo en cuenta que el EA se trata de un proceso permanente a lo largo de todo el ciclo vital de las personas³². Además de ello, los diferentes programas se dirigen también a los profesionales (n=20), familias y representantes legales (n=12) y a personas con diversidad funcional que no presenten D.I. (n=2). Se pueden ver los destinatarios de los programas en la Figura 5.

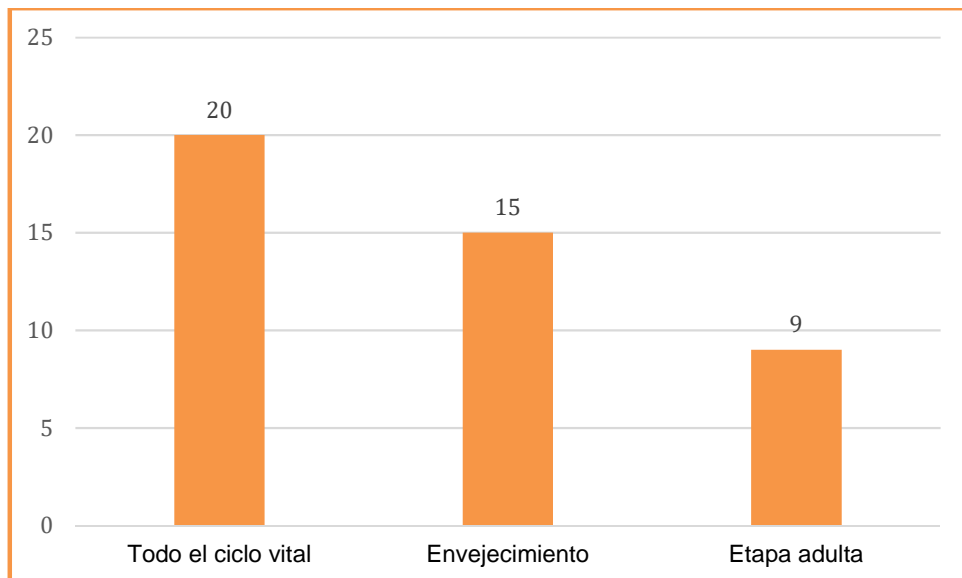


Figura 4. Momento ciclo vital a utilizar.

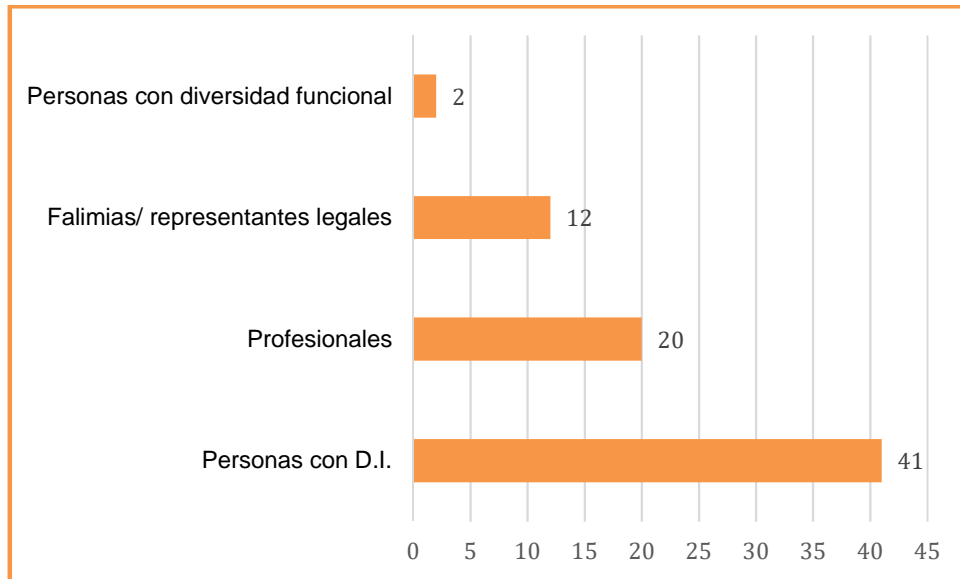


Figura 5. Destinatarios programa.

4.1.5. Principal dimensión abordada en los programas

Se encuentra una representación de todas las dimensiones de CV según Schalock y Verdugo²⁶ en los programas seleccionados. El bienestar físico es aquella dimensión más trabajada en los programas de EA apareciendo representada con un porcentaje de 23.81% (n=10). Le sigue el bienestar emocional el cual representa un 21,43% (n=9) del total. Por el contrario, es el desarrollo personal la dimensión con menor representación dentro de los programas con un 2,38% (n=1). Las principales dimensiones de CV se pueden observar en la Figura 6.

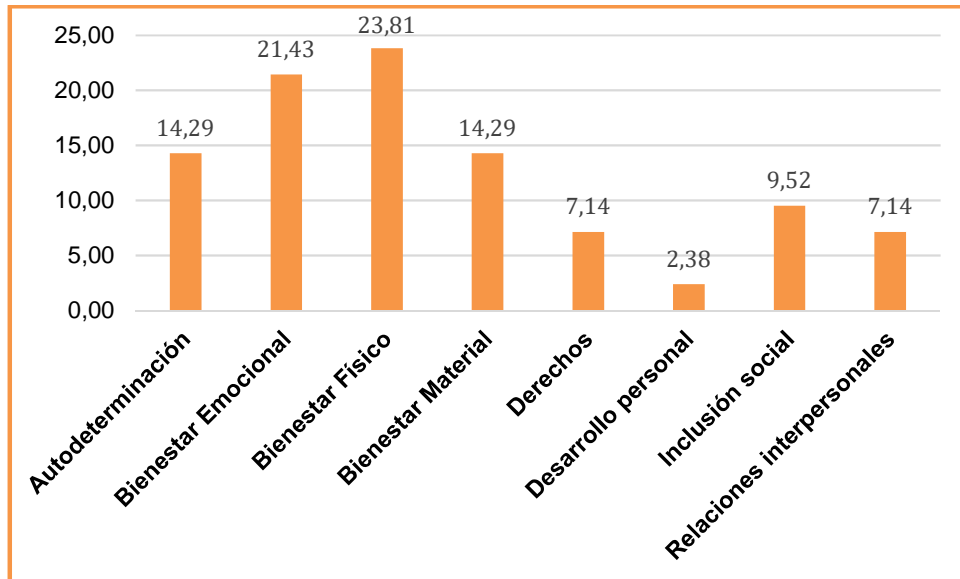


Figura 6. Principal dimensión abordada en los programas.

4.1.6. Ocupaciones trabajadas en los programas

La ocupación con mayor representación en los programas es la de AVD con un 20% (n=34), a la que le sigue la de participación social con un 19,41% (n=33). Es importante destacar que las ocupaciones de educación (n=1) y juego (n=0) son las menos representadas, algo que difiere con el hecho de que la mayoría de los programas se dirigen a la población a lo largo de todo el ciclo vital. Las diferentes ocupaciones trabajadas se pueden ver en la Figura 7.

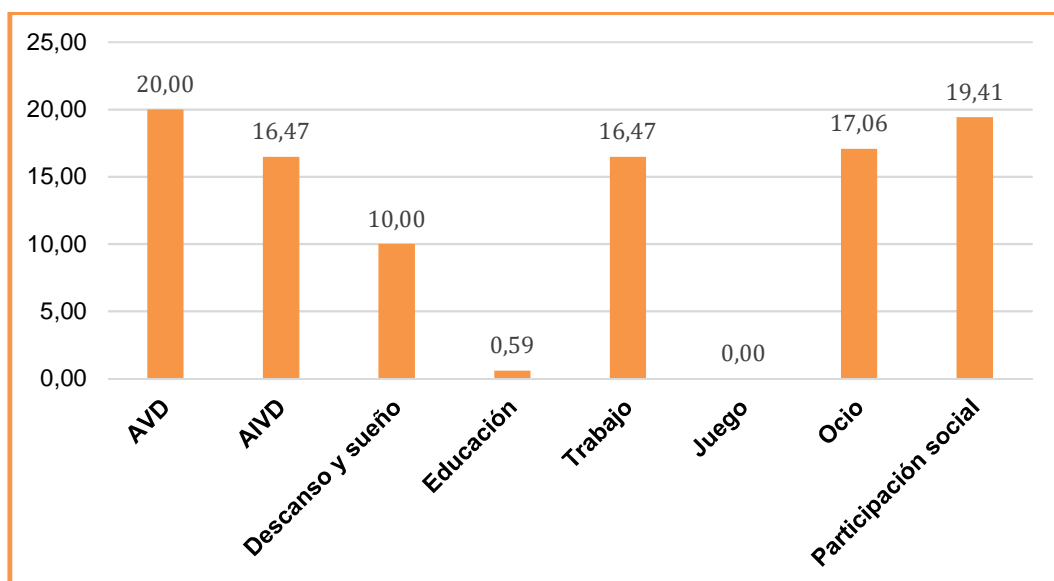


Figura 7. Ocupaciones trabajadas en los programas.

4.1.7. Evaluación de los programas

El 81,82% (n=36) de los programas no cuenta con ningún método de evaluación. Se han observado diferentes métodos como cuestionarios de diseño propio (n=4), registros observacionales (n=2), entrevistas (n=1) y bases de datos (n=1). Destaca un programa por el uso de diferentes técnicas: cuestionario de diseño propio, entrevista y registro observacional. Se pueden observar las diferentes evaluaciones en la Figura 8.

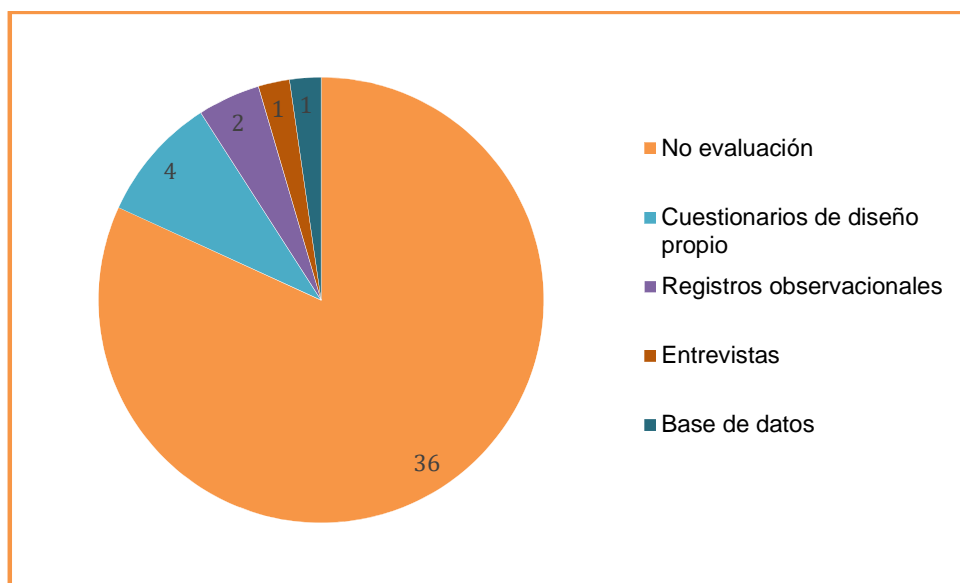


Figura 8. Evaluación de los programas.

4.1.8. Resultados de los programas

Un 78,57% (n=33) de los programas no presentan ningún tipo de resultados, por lo que no se conoce si existe efectividad en estos. Se encuentran resultados cualitativos (n=1) con un 2,38% y cualitativos (n=4) ambos con un 9,52%. Además, algunos programas presentan resultados poco concisos (n=4) con un 9,52%. Los resultados de los programas se pueden observar en la Figura 9.

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

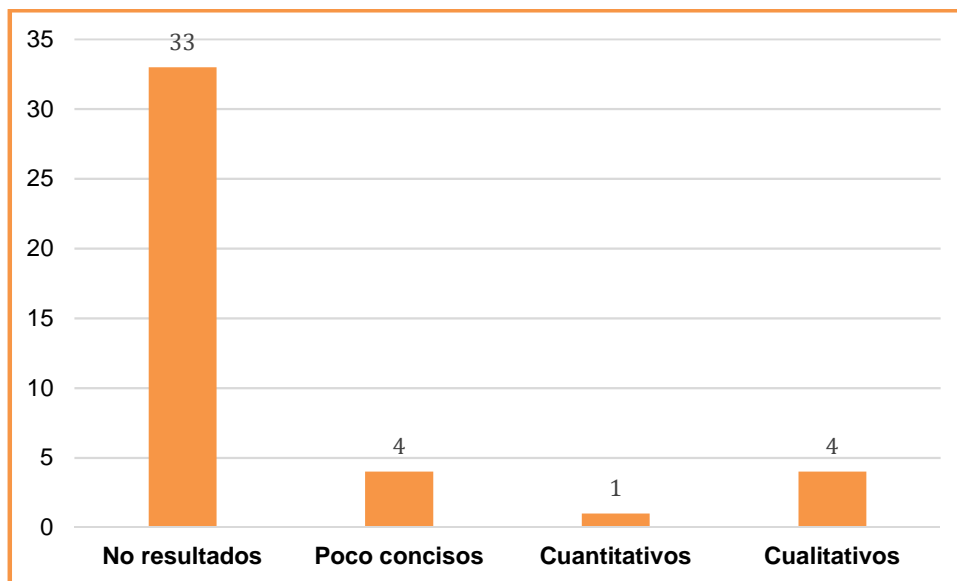


Figura 9. Resultados de los programas.

5. Discusión

Este trabajo de investigación se realizó con el fin de analizar los diferentes programas de EA existentes para personas con DI.

Es importante destacar que, la búsqueda de documentación científica en relación con el tema de estudio ha sido un proceso complejo ya que la literatura es escasa. Se ha detectado una carencia importante de este tipo de programas para personas con DI en comparación con los existentes para la población típica.

Los resultados del estudio muestran que existen escasas publicaciones recientes en lo que respecta a programas de EA para personas con DI. Esto puede deberse a que en la actualidad es un campo de estudio emergente debido al aumento del número de personas mayores con DI, que “se ha visto favorecido por cambios en el estilo de vida, los avances en medicina, el mejor cuidado de la salud y la existencia de entornos más seguros”¹².

La gran mayoría de los programas se han promovido desde el ámbito asociativo, ya que son estas entidades las que trabajan con la realidad y cotidianidad de esta población. Aunque se detecta un incremento en los programas y en las medidas para desarrollarlos, por el momento no se ha traducido en un incremento de publicaciones científicas relacionadas.

Este es el caso de Plena Inclusión³³, una organización que representa en España a las personas con DI, formada por casi 900 asociaciones, que están favoreciendo procesos para desarrollar programas de EA para la población con DI. Esta organización es pionera en el ámbito a nivel nacional y ofrece numerosa información en relación a la vida de las personas con DI durante todo su ciclo vital.

Asimismo, este trabajo es el resultado de un proceso de transformación en una organización que ofrece servicios para población con DI. Y, por tanto, brinda un ejemplo claro de búsqueda e investigación para promover cambios abordando el envejecimiento de esta población desde una perspectiva centrada en la persona y en la filosofía del EA.

Un alto número de programas se dirigen a población con DI durante todo su ciclo vital, algo importante y coherente con la filosofía del EA ya que es un proceso permanente a lo largo de la vida.³⁴

Este es un aspecto poco contemplado a la hora de elaborar programas para la población sin discapacidad, algo que difiere con el Programa de EA desarrollado en entidades públicas de la diputación de Valladolid, el cual se dirige a toda la población general³².

Según la Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual, la edad de inicio de la vejez en las personas con DI se presenta entre los 45 y 50 años de edad⁶. Por este motivo, los programas de EA dirigidos a esta población deben comenzar antes que los enfocados a la población sin discapacidad la que, según Ramiro D, Pujol R y Abellán A, envejece sobre los 65 años¹⁰.

Este tipo de programas de EA se dirigen a las personas con DI pero al mismo tiempo se enfocan también en la mayoría de las ocasiones tanto a las familias y representantes legales, como a los profesionales que trabajan en este ámbito. Este aspecto es relevante ya que “el papel de las redes familiares, sociales y comunitarias es algo positivo en el bienestar general y la salud de las personas mayores”³⁵.

En relación a las dimensiones de CV abordadas, destaca el bienestar físico ya que es un aspecto que se considera de gran importancia en la vejez. Tanto las personas con DI como sus iguales sin discapacidad, presentan una serie de cambios a nivel físico relacionados con el proceso natural del envejecimiento¹¹. Por este motivo, es una de las dimensiones más trabajadas durante esta etapa³⁶. Ramos F, considera que además de trabajar las dificultades a nivel físico que presente la persona, es necesario potenciar todas aquellas capacidades que presente con el fin de mantener el mayor grado de bienestar posible. Por ello, sería necesario trabajar el resto de dimensiones de CV en la misma proporción que el bienestar físico. El juego y el ocio son dimensiones que raramente se abordan en los programas, algo que resulta contradictorio si enfocamos el EA a toda la

población a lo largo de su ciclo vital. Esto difiere de la importancia que le otorgan Morales M y Bravo I³⁷ a la ocupación de ocio, la cual consideran que presenta efectos muy positivos en la salud.

Por otra parte, la inmensa mayoría de los programas no cuentan con ningún método de evaluación y por lo tanto solo 9 de ellos presentan resultados al respecto. Al no ser validados, no se realiza una evaluación exhaustiva de la eficacia de dichos programas.

Abordar el proceso de envejecimiento desde los principios del EA de manera que las personas participen en sus ocupaciones diarias, “favorece un mejor estado de salud”³⁸ repercutiendo de forma positiva en la CV de las personas. Se observa interés por abordar las ocupaciones en los programas, pero estos no presentan información detallada de cómo promover estas ocupaciones.

En cuanto a las limitaciones que se han encontrado a lo largo de este estudio, resulta importante comentar que no se trata de publicaciones científicas y ninguno de los programas de EA para personas con DI a los que se hace referencia están validados, por lo que los datos extraídos deben ser tomados con cautela.

6. Conclusiones

El estudio realizado ha permitido indagar sobre los programas de EA en la población con DI.

Existe escasa evidencia científica en relación al tema de estudio y destaca la diferencia de literatura existente con respecto a la población típica.

Los resultados muestran que en la actualidad existe un ligero incremento de los programas de EA en DI, siendo éste un campo emergente debido al aumento de esperanza de vida de esta población.

Las asociaciones y entidades están impulsando un cambio en el abordaje del proceso de envejecimiento de la población con DI y desarrollando numerosas propuestas para implementar de forma directa con la población con DI

El envejecimiento en las personas con DI es un fenómeno relativamente nuevo por lo que aún queda un largo camino por recorrer en cuanto a la creación de programas de EA para esta población. Cabe destacar la importancia de la TO en este ámbito, ya que, desde esta disciplina, se pueden diseñar propuestas de intervención específicas teniendo en cuenta las necesidades de las personas con DI en general y las características individuales de cada persona, siempre con el fin de aumentar su autonomía y mejorar la CV de estas personas.

7. Agradecimientos

A lo largo de este proceso estuvieron presentes muchas personas a las cuales quiero mostrarle mi agradecimiento:

- A Betania y a Nereida, por aceptar ser mis tutoras. Sin su apoyo y paciencia no podría haber conseguido la elaboración de este trabajo.
- Al centro donde he realizado las prácticas de larga duración de la titulación. A la directora, por estar dispuesta en todo momento a ofrecerme información y por haberme tratado como una más del equipo.
- Agradecer a Andrea por ser un pilar fundamental durante estos cuatro años, por apoyarme y ayudarme en todo momento.
- Finalmente dar las gracias a mis padres, hermanos y sobrinos, sin vosotros nada habría sido posible. Por apoyarme, por animarme durante este proceso y por confiar siempre en mí.

8. Bibliografía

1. Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., y cols. Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports (10ª ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation; 2002.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª Edición. Editorial Médica Panaamericana; 2014.
3. Verdugo MÁ. Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre el Retraso Mental de 2002. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual [Internet]. 2005; 34 (1): p. 8-15. Disponible en: http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/AAMR_2002.pdf
4. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad. [Internet]. Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016 [citado 06/05/2019]; p. 1-22. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2016.pdf
5. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. La participación social de las personas mayores. [Internet]. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. 2008; [citado 07/05/2019]. p. 1-191. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/11005partsocialmay.pdf>
6. Ramiro D, Pujol R, Abellán A. ¿Umbral fijo o móvil? Nueva forma de medir el inicio de la vejez. [Internet]. CSIC. 2016 [citado 07/06/2019]. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/128998/1/Umbral%20fijo%20o%20m%C3%B3vil.pdf>

7. Fernández JL, Parapar C, Ruíz M. El envejecimiento de la población. Lychnos Cuadernos de la Fundación General CSIC [Internet]. Madrid; 2010 [citado 06/05/2019] p. 4-11. Disponible en: http://www.fgcsic.es/lychnos/upload/publicacion.6.ficPDF_castellano_Lychnos_02_esp.pdf
8. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida al nacimiento según sexo [Internet]. Madrid; 2018 [citado 07/05/2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414>
9. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida. [Internet]. Madrid; 2018. [citado 07/06/2019]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
10. Ramiro D, Pujol R, Abellán A. Una reflexión necesaria sobre el inicio de la vejez. [Internet] CSIC. 2016 [citado 07/05/2019]. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/129028/1/Una%20reflexi%C3%B3n%20necesaria%20sobre%20el%20inicio%20de%20la%20vejez.pdf>
11. Instituto Nacional de Estadística. Principales series de población desde 1998 [Internet]. Madrid; 2018 [citado 06/05/2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=03002.px>
12. Navas P, Uhlmann S, Berástegui A. Envejecimiento activo y discapacidad intelectual Secretaría General Técnica. Madrid: Colección Investigación; 2014.
13. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. OMS. 2015; [citado 06/05/2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=F16C27CD179E5E6E6786C69

18B6DDB08?sequence=1

14. Parlamento Europeo. Decisión sobre el año europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional. Diario Oficial de la Unión Europea. [Internet]. 2011; [citado 06/05/2018]. Disponible en:
https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/decision940_2011.pdf
15. Junta de Andalucía. Fomento del Envejecimiento Activo y saludable a través de soluciones digitales. [Internet]. 2017; [citado 07/06/2019]. Disponible en:
https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/results_attachments/brochure_envejecimiento_activo.pdf
16. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Acerca del año. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2017; [citado 07/05/2019]. Disponible en:
http://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/relaciones_internacionales/rel_intern_europa/ano_europeo/que_es/acerca/index.htm
17. Nieto L. Estudio sobre el impacto de un programa de envejecimiento activo a través de herramientas tecnológicas. [Tesis]. A Coruña: Universidad de A Coruña. 2015; [citado 09/05/2019]. Disponible en:
<https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/16134>
18. Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. Discapacidad intelectual y envejecimiento: un problema social del siglo XXI. [Internet]. FEAPS. 2007; [citado 07/05/2019]. Disponible en:
https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/discap_enveje.pdf
19. Instituto Nacional de Estadística. Discapacidad (tasas, esperanzas de vida en salud). [Internet]. Madrid; 2008 [citado 07/05/2019]. Disponible en:
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=125

[9926668516&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888](https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf)

20. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. Nueva York; 2006 [citado 07/05/2019]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
21. Rafanell A. Envejecimiento y discapacidad intelectual: una doble dependencia. Informaciones Psiquiátricas. [Internet]. 2017; [citado 07/05/2019]. 1 (228): p. 71-76. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART22033/rafanell.pdf>
22. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. [Internet]. OMS. 2011; [citado 07/05/2019]. Disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1
23. Limón M, Ortega M. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. Revista de psicología y educación [Internet]. 2011; [citado 7/05/2019]. 1 (6): p. 225-238. Disponible en: <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf>
24. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Sociedad Chilena de Psicología Clínica [Internet]. 2012;30 (1): p. 67-71. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
25. Schalock R, Verdugo MÁ. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. [Internet] Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. 2007; [citado 09/05/2019] 38 (224): p. 21-36. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10366/articulos2.pdf>
26. Asociación en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual de la Provincia de Pontevedra. Cuales son las ocho dimensiones de

- calidad de vida propuesto por Schalock. [Internet]. ASPANAEX. 2013; [citado 20/05/2019]. Disponible en: http://www.aspanaex.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=showart&iid=177
27. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. [Internet] 3ª Edición. American Journal of Occupational Therapy. 2014; [citado 09/05/2019] 68(1): p. 1-48. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.org.ar/wp-content/uploads/2014/05/3%C2%AA-Edicion-Marco-de-Trabajo-2013.pdf>
 28. Law M., Polatajko H., Baptiste W., & Townsend E. (1997). Core concepts of occupational therapy. In E. Townsend (Ed.), Enabling occupation: An occupational therapy perspective (p. 29–56). Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists
 29. Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Declaración de posición sobre los derechos humanos. [Internet]. WFOT. 2008; [citado 07/05/2019] Disponible en: <https://www.apeto.com/assets/posicionamiento-sobre-los-derechos-humanos-en-to.pdf>
 30. Feal P. Envejecimiento Activo y Terapia Ocupacional: programa de intervención en un centro de dinamización social del entorno rural. [Trabajo de Fin de Grado]. A Coruña: Universidad de A Coruña. 2013; [citado 29/05/2019]. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/11696>
 31. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill Education; 2014.
 32. Diputación de Valladolid. Programa de Envejecimiento Activo. Servicio de Familia e Igualdad. [Internet]. Valladolid. 2019; [citado 06/06/2019]. Disponible en: http://www.diputaciondevalladolid.es/extras/personasmayores/Programa_de_Envejecimiento_Activo_Plan_de_Accion.pdf

33. Plena Inclusión. Conócenos. [Internet]. Madrid; 2017 [citado 06/06/2019]. Disponible en: <https://www.plenainclusion.org/conocenos>
34. Bermejo L. Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores. Guía de Buenas Prácticas. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
35. Instituto Intergeneracional de estudios sobre la familia. El papel de la familia en el envejecimiento activo. [Internet]. Madrid; 2013 [citado 06/06/2019]. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>
36. Ramos F. Salud y Calidad de Vida en las personas mayores. [Internet]. Salamanca; 2001 [citado 06/06/2019]. Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/743587.pdf>
37. Morales M, Bravo I. El ocio terapéutico. Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. [Internet]. Logroño; 2006 [citado 06/06/2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756889>
38. Aguilar JM, López R, Fernández JM, Padilla D, Álvarez J. Influencia de la ocupación en actividades de la vida diaria y de ocio sobre la salud real de la persona mayor. [Internet]. Psychology, Society & Education; 2016 [citado 06/06/2019]. 8(2), p. 135-147. Disponible en: <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/psye/article/view/554>

9. Apéndices

Apéndice I: Listado de acrónimos

- AAIDD: Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities).
- AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
- APA: Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association).
- AVD: Actividades de la Vida Diaria.
- CV: Calidad de Vida.
- DI: Discapacidad Intelectual.
- DSM: Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).
- EA: Envejecimiento Activo.
- IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- TO: Terapia Ocupacional.
- WOFT: Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (World Federation of Occupational Therapists).

Apéndice II: Estrategia de búsqueda

Búsqueda 1:

PubMed: 0 resultados.

```
"active aging" [tiab] AND "intellectual disability" [tiab] AND "occupational therapy" [tiab]
```

Scopus: 0 resultados.

```
( TITLE-ABS-KEY ( "Active aging" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "intellectual disability" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "occupational therapy" )
```

Dialnet: 0 resultados.

```
"active aging" AND "intellectual disability" AND "occupational therapy"
```

Búsqueda 2:

PubMed: 1 resultado.

```
"active aging" [tiab] AND "intellectual disability" [tiab]
```

Scopus: 8 resultados

```
( TITLE-ABS-KEY ( "Active aging" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "intellectual disability" ) )
```

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

Dialnet: 2 resultados.

"active aging" AND "intellectual disability"

Apéndice III: Programas de envejecimiento activo

Programa/ Autoría/ Año/ País	Objetivo	Población	Dimensiones de CV	Ocupaciones	Evaluación del programa	Resultados
Cuido mi salud. Plena inclusión. 2018 España.	Fomentar en todos los usuarios con DI. interés y responsabilidad por su salud a lo largo de todo su ciclo vital.	Todas las personas con D.I.	Bienestar Físico.	AVD. AIVD. Descanso y sueño. Trabajo. Ocio. Participación social.	Se realizan encuestas a todos los usuarios que participen.	Se ha observado a través de las encuestas que ha sido una experiencia muy positiva para los participantes.
Proyecto Enlaza2. Fundación Pílares, Cruz Roja Española, Fundación APROCOR, AMICA, Asociación AFANIAS, ANFAS	Generar oportunidades para que aquellas personas con D.I. que se encuentren en proceso de envejecimiento puedan participar	Personas con D.I. en proceso de envejecimiento.	Inclusión Social.	AVD. AIVD. Descanso y sueño. Trabajo. Ocio. Participación social.	-	-

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

y Fundación Gil de forma activa en Gayarre. el entorno 2018 comunitario. España.					
Envejecimiento activo. Down Galicia y la Sociedad Gallega de Gerontología y geriatria. 2018 España.	Desarrollar medidas de avance en el proceso de envejecimiento activo y saludable de las personas con D.I.	Personas con síndrome de Down y/ DI en proceso de envejecimiento, familias, representantes legales y profesionales implicados en su atención.	Bienestar Emocional.	AVD. AIVD. Descanso y sueño. Trabajo. Ocio. Participación social.	- -
Project STIR. The Missouri Division of Developmental Disabilities. 2017 Estados Unidos (EE.UU.)	Proporcionar a las personas con D.I. herramientas necesarias para el ejercicio de su autodeterminación a lo largo de su vida.	Personas con D.I., familiares y profesionales que trabajen con este colectivo.	Autodeterminación.	AVD. AIVD. Ocio. Participación social.	- -
Envejecimiento activo.	Proporcionar actividades	Personas con D.I. en proceso de	Bienestar Físico.	AVD. AIVD.	

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

ANFAS. 2017 España.	adaptadas y envejecimiento y apoyos ajustados sus familiares. a las necesidades de las personas con D.I. en proceso de envejecimiento.				Descanso y sueño. Trabajo. Ocio. - - Participación social.		
Transformación ¡Todos tenemos algo que decir en nuestro futuro! Hacia una buena vejez. ASTRAPACE. 2016 España.	Fomentar la comunicación entre usuarios, familiares y profesionales para fomentar un envejecimiento saludable y de calidad para las personas con discapacidad.	Personas con discapacidad en proceso de envejecimiento, familiares y profesionales que trabajen con este público.	Bienestar Emocional		AVD. AIVD. Descanso y sueño. Trabajo. - - Ocio. Participación social.		
Prestando apoyos para una buena vejez. APROSUB 2015 España.	Proporcionar apoyos individualizados y potenciar al máximo sus capacidades para	Personas con D.I. en proceso de envejecimiento.	Bienestar Físico.		AVD. AIVD. Descanso y sueño. Trabajo. Ocio.	Se ha empleado una base de datos dinámica para poder conocer la situación de las	En el impacto de las personas se han obtenido efectos positivos sobre las diferentes

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

	<p>que mejoren el bienestar en las personas con D.I. en proceso de envejecimiento</p>		<p>Participación social.</p>	<p>personas en dimensiones de cada momento. C.V. Se emplea En la también un organización, el modelo de proyecto ha planificación permitido centrada en la detectar de persona llamado forma precoz los "Planes de apoyo indicios de al envejecimiento de la población y proporcionar los apoyos oportunos a cada persona en función de sus necesidades y preferencias.</p>
<p>Unidad de envejecimiento prematuro. Tasubinsa. 2014 España</p>	<p>de Dar respuesta a todas las personas que presenten una pérdida progresiva de sus capacidades y que</p>	<p>Personas con D.I. Bienestar Material. entre los 45 y los 65 años.</p>	<p>AVD AIVD Trabajo Ocio. Participación social.</p>	

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

	cada vez se adaptan peor a su entorno laboral y ocupacional.					-	-
Health care for adults with intellectual and developmental disabilities. Vanderbilt Kennedy Center. 2014 EE.UU.	Ofrecer información en relación a diferentes aspectos presentes en las personas con D.I.	Personas con D.I. a lo largo de su ciclo vital y a médicos de atención primaria que trabajan con este público.	Bienestar Físico.	AVD. Descanso y sueño. Trabajo. Participación social.		-	-
Seguir viviendo en familia. Centro residencial OASIS-CAMD. 2014 España.	Posibilitar la permanencia de las familias evitando su desestructuración, cuando existan situaciones de dependencia y/o discapacidad en el ámbito familiar.	Familias mayores con hijos/as con D.I. en proceso de envejecimiento.	Bienestar Material.	AVD. AIVD. Descanso y sueño. Trabajo. Ocio. Participación social.	Encuestas de satisfacción promovidas por la Administración y por la propia entidad.	La evaluación arroja resultados altamente satisfactorios en la consecución de los objetivos.	

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

Change people. 2014 Reino Unido.	Formar a las Personas con algún tipo de discapacidad a lo largo de sus vidas. temas relacionados con los derechos.	Derechos.	Trabajo. Participación social.	-	-
Key Ring. 2014 Reino Unido.	Trabajar junto a las personas con D.I. durante todo su ciclo vital para que adquieran una mayor dependencia, mejoren su bienestar y formen parte de una red de contactos y amigos.	Personas adultas con D.I. que precisen apoyos de carácter intermitente.	Inclusión social. AVD. AIVD. Descanso y sueño. Educación. Trabajo. Ocio. Participación social.	-	-
Planned Lifetime Advocacy Network. 2014 Canadá.	Ayudar a las personas adultas con DI. que carecen de relaciones	Personas adultas con D.I. y sus familias.	Relaciones Interpersonales. Participación social.		

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

	significativas a desarrollar una red de apoyo.				-	-
SOLCOM. 2014 España.	Dar respuesta a casos de violación de derechos del colectivo de personas con diversidad funcional durante todo su ciclo vital.	Todas aquellas personas con diversidad funcional que precisen de asistencia legal por alguna vulneración de sus derechos.	Derechos.	AVD.	-	-
Dignity in health care for people with learning disabilities. Royal College of Nursing. 2013 Reino Unido.	Capacitar a profesionales sociosanitarios para proporcionar un cuidado médico de calidad a las personas con D.I. respetando su dignidad inherente.	Personas con D.I. a lo largo de su ciclo vital y al personal de enfermería que trabaja con estas personas.	Bienestar Físico.	AVD. Descanso y sueño.	-	-
Innovative Methods of Providing Health Services for People	Localizar las barreras que pueden dificultar el	Personas con D.I. (durante todas las edades) y a los	Bienestar Físico.	AVD. Descanso y sueño.		

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

with Intellectual Disability. Ministerio de Sanidad de Nueva Zelanda. 2013 Nueva Zelanda.	Intelectual acceso de las personas con D.I. a los servicios sanitarios y explicar brevemente algunas estrategias para hacerle frente.	de las profesionales de la salud.				-	-
Manual for supports groups for people with intellectual disabilities. L'arche Canada Foundation. 2013 Canadá.	Ofrecer información de cómo debería ser un buen programa de afrontamiento del duelo para personas con D.I.	Personas con D.I. a lo largo de sus vidas y a profesionales que trabajen el proceso de duelo con personas con este público.	Bienestar Emocional.	Descanso y sueño.		-	-
Determining the efficacy of the self-determined model. National Gateway to Self-Determination	Ayudar a las personas con D.I. a tomar decisiones a lo largo de su ciclo vital con respecto a	Personas con D.I., a sus familias y a los profesionales que trabajen en este ámbito.	Autodeterminación.	AVD. AIVD. Trabajo. Ocio. Participación social.		-	-

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

2013 EE.UU.	diversos temas de su vida.					
Down's Syndrome Association. 2012 Reino Unido.	Ofrecer información sobre el síndrome de Down y asesorar acerca del empleo para este tipo de personas.	Personas con síndrome de Down, familias, profesionales y cuidadores que trabajen con esta población.	Bienestar Físico.	Trabajo. Participación social.	-	-
I want a home. Vecova Centre for Disability Services and Research. 2012 Canadá.	Favorecer la implicación de las personas con D.I. en el proceso de toma de decisiones en relación a sus viviendas.	Personas adultas con D.I.	Autodeterminación.	Participación social.	-	-
Mejora de la CV de las personas mayores con D.I. a partir de la creación de un hogar para mayores.	Mantener el máximo grado de autonomía y bienestar de las personas residentes.	Personas mayores con D.I. en proceso de envejecimiento.	Bienestar Emocional.	AVD. AIVD. Descanso y sueño. Ocio.	-	Aumento del bienestar emocional y el estado de ánimo de todas las personas que

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

APASA. 2012 España.					Participación social.	viven en la unidad de gente mayor.
Books beyond words. 2011 Inglaterra.	Crear libros de fácil lectura para personas con D.I.	Personas con D.I en proceso de envejecimiento.	Bienestar Emocional.	Ocio.	-	-
When I die. Paliative Care for People with Learning Disabilities. 2011 Reino Unido.	Fomentar la autodeterminación de las personas con D.I. en la última etapa de sus vidas.	Personas envejecidas que presenten D.I.	Bienestar Emocional.	AVD AIVD Ocio. Participación social.	-	-
My health Passport. Centre for Inclusive Communities. 2011 EE.UU.	Conocer toda la información necesaria que el personal sanitario precisa saber para poder realizar una intervención de forma satisfactoria con una persona con D.I.	Personas con D.I. a lo largo de sus vidas y a profesionales de la salud que tengan contacto con personas con D.I.	Autodeterminación.	AVD.	-	-

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

Health Matters Program. Universidad de Illionis. 2010 EE.UU:	Mejorar la salud de las personas con D.I. y desarrollo.	Profesionales de la salud o asociaciones que trabajen con personas adultas con DI y del desarrollo.	Bienestar Físico.	AVD. AIVD. Descanso y sueño. Trabajo. Ocio. - - Participación social.
A step by step guide for Practitioners Royal College of General Practitioners. 2010 Reino Unido.	Ayudar a todo el equipo de atención primaria a organizar y realizar controles de salud de calidad en adultos con D.I.	Personas adultas con D.I. y a médicos de atención primaria y enfermeros que trabajen con estas personas.	Bienestar Físico.	AVD. AIVD. Descanso y sueño. Trabajo. Ocio. - - Participación social.
Easy health. Generate Opportunities. 2010 Reino Unido.	Ofrecer todo tipo de materiales accesibles para todas las personas con D.I. en relación al estado de salud.	Personas con D.I a lo largo de su ciclo vital.	Bienestar Físico.	AVD. AIVD. - -

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

Defendemos nuestros derechos en el día a día. Grupo Amás, Fundación Aprocor, Fundación Gil Gayarre, Hogar Don Orión y FEAPS. 2010 España.	Aumentar los conocimientos de las personas con D.I. en tema de derechos.	Personas con D.I. a lo largo de sus vidas.	Derechos.	Trabajo.	-	-
Autodeterminación. FEAPS. 2009 España.	Orientar a los profesionales acerca de cómo trabajar diversos temas en relación a la autodeterminación con las personas con D.I. a lo largo de sus vidas.	Personas con D.I. a lo largo de sus vidas y a profesionales que desarrollen su práctica con la personas con D.I.	Autodeterminación.	AVD. Trabajo.	-	-
Miedos. PROBOSCO. 2008	Facilitar servicios de atención temporal para	Familias envejecidas que cuentan	Bienestar Material.	AVD. AIVD.		Se produjo una reducción del nivel de estrés

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

España.	personas con D.I. y sus familias.	personas con D.I. en proceso de envejecimiento.		Descanso y sueño. Trabajo. - Ocio. Participación social.		de los familiares ante la incertidumbre del futuro de sus hijos/as y, además se ha favorecido la permanencia de las personas con D.I. en su entorno familiar.
Langley community living housing coalition: Chronicle. Langley Association for Community Living. 2008 Canadá.	Buscar nuevas opciones de vivienda para aquellas personas con D.I. que aún viven en sus hogares.	Todas las personas con D.I, familiares o asociaciones que quieran encontrar o crear alojamientos comunitarios para personas adultas con D.I.	Bienestar Material.	AVD AIVD Ocio. Participación social.	-	Se ha conseguido que un vendedor local se asocie y alquile viviendas de manera asequible a personas con D.I.
Apoyo social ante la pérdida de un ser querido.	Ayudar y apoyar a las personas con	Personas con D.I a lo largo de su ciclo vital, técnicos y	Bienestar Emocional.	AVD. AIVD. Trabajo		El programa se evalúa mediante cuestionarios no

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

ADEPAS. 2008 España.	D.I. ante la pérdida de un ser querido	cuidadores de este ámbito.			Ocio. Participación social.	estructurados para valorar los cambios producidos en la vida de las personas con D.I. y de sus familias.
People Ahead. AAIDD. 2008 EE.UU.	Planning	Capturar información detallada para asegurar que la persona con D.I. reciban los cuidados que deseen durante el final de sus vidas.	Personas con D.I. en proceso de envejecimiento y a la gente que les cuide o trabaje con ellos.	Autodeterminación.	AVD. AIVD. Trabajo. Ocio. Participación social.	- -
Detección temprana e intervención cognitiva para un envejecimiento saludable en las personas con D.I.	Mejorar e capacidad cognitiva adaptativa de las personas con D.I. para mejorar su CV y promover un	la capacidad cognitiva de las personas con D.I. en situación de envejecimiento.	Profesionales que trabajen con personas con D.I. en situación de envejecimiento.	Bienestar Emocional.	AVD. AIVD. Trabajo. Ocio. Participación social.	Análisis de los datos obtenidos a partir de los registros del protocolo AURA de seguimiento neuropsicológico

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

<p>Fundación proyecto AURA. 2006 España.</p>	<p>envejecimiento saludable y activo.</p>	<p>y las informaciones - recogidas, anual o semestralmente, de los cuestionarios, entrevistas y registros observacionales.</p>
<p>Cruce de caminos. AFANDEM 2006 España.</p>	<p>Prestar apoyos a las personas con D.I. y a las entidades para permitirles participar en actividades generalistas igual que lo hacen el resto de ciudadanos sin discapacidad.</p>	<p>Personas con D.I. a lo largo de sus vidas. Inclusión social. AVD. AIVD. Trabajo. Ocio. Participación social. Los datos se analizan en base a unos identificadores definidos: resultados en las personas, en la comunidad, resultados para profesionales y entidades FEAPS y el resumen del 63 personas se han incluido en actividades comunitarias, 22 de estas en más de una, y han participado en 54 actividades distintas. Para ello se han hecho un total de 78 planes de apoyo individualizados,</p>

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

						<p>impacto de la CV de las personas. 56 entidades diferentes han recibido asesoramiento sobre cómo abrir y adaptar su oferta, en 35 de las cuales se ha incorporado al menos una persona con D.I. a participar en sus actividades.</p>
<p>TRISKEL. Fundación Carlos Martín. 2006 España.</p>	<p>Promover procesos de mejora del entorno familiar, generando relaciones positivas en aquellas situaciones conflictivas de la vida cotidiana,</p>	<p>Familias de cuidadores/as personas con D.I. en cualquiera etapa de sus vidas.</p>	<p>o de Interpersonales.</p>	<p>Relaciones Interpersonales.</p>	<p>AVD. AIVD. Trabajo. Ocio. Participación social.</p>	<p>-</p>

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

	proporcionando apoyos y apostando por la permanencia de la persona con D.I. en su entorno habitual.					
Programa de neuropsicología. Fundación AURA. 2006 España.	Mantener y/o potenciar las capacidades de las personas con D.I.	Personas con D.I. en proceso de envejecimiento.	Desarrollo Personal.	AVD. AIVD. Trabajo. Ocio. Participación social.	-	-
Ocio inclusivo. FEAPS. 2005 España.	Tener un ocio normalizado e integrado en la sociedad, ampliando el abanico de actividades a ofertar a las personas con D.I.	Todas las personas con D.I. independientemente de su edad.	Relaciones Interpersonales.	Ocio. Participación social.	-	Se ha concienciado a la Concejalía de Juventud del derecho de ocio de las personas con D.I., además de lograr un impacto positivo

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

									en las personas con D.I. y sus familiares ya que pueden participar en actividades que antes era imposible acceder.
Proyecto de buena vejez. Fundación Gil Gayarre. 2004 España.	Fomentar un envejecimiento de calidad y el bienestar de las personas mayores con D.I.	Población de envejecida con D.I.	Bienestar Emocional.	AVD. AIVD. Descanso y sueño. Trabajo. Ocio. Participación social.			-	-	
Supportive Neighbours Community Living Stratford.	Ofrecer apoyo, servicios y defensa a todas las personas adultas con D.I. para que	Personas sin discapacidad que puedan ayudar a personas adultas con D.I.	Bienestar Material.	AVD. AIVD. Trabajo. Ocio.			-	-	

Programas de envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual

Community Living Stratford and Area. 2004 Inglaterra.	puedan vivir como ciudadanos empoderados en su comunidad.			Participación social.		
Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con D.I. FEAPS. 2003 España.	Acercar conocimientos sobre la comprensión y el conocimiento de trastornos de la conducta en personas con D.I. a todo el colectivo de profesionales que trabajan con estas personas.	Personas con D.I. a lo largo de su ciclo vital y a técnicos y cuidadores que trabajen con este público.	Bienestar Emocional.	AVD. AIVD. Trabajo. Ocio. Participación social.	-	-
Disability Employment Services. Ability Options. 2002 Australia.	Ofrecer apoyos a todas las personas que lo necesiten para conseguir realizar todas sus aspiraciones y lograr una	Personas adultas con D.I. que quieran trabajar.	Inclusión social.	AVD. AIVD. Trabajo. Ocio. Participación social.	-	-

inclusión en la
comunidad.

Nota: Dimensiones de calidad de vida según Schallock y Verdugo²⁶, Ocupaciones según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso²⁷ **AAIDD:** American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, **ADEPAS:** Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Asturias, **AIVD:** Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, **ANFAS:** Asociación navarra a favor de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias, **ASTRAPACE:** Asociación para el Tratamiento de Personas con Parálisis Cerebral y Patologías Afines, **AVD:** Actividades de la Vida Diaria, **FEAPS:** Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual

